

## แบบสอบถามอาการแพนกวโรคผิวหนัง

ひふかもんしんひょう  
皮膚科問診票ภาษาไทย  
タイ語

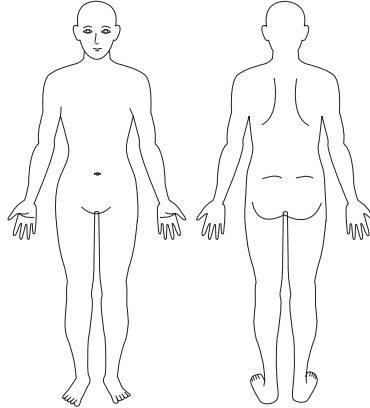
กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ☑ ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปี 年

เดือน 月

วันที่ 日

ชื่อและนามสกุล 名前		<input type="checkbox"/> ชาย 男	<input type="checkbox"/> หญิง 女
วันเดือนปีเกิด 生年月日	_____ ปี 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 日	เบอร์โทรศัพท์ 電話	
ที่อยู่ 住所			
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> มี はい	<input type="checkbox"/> ไม่มี いいえ	
สัญชาติ 国籍		ภาษา 言葉	

มีอาการอย่างไร どうしましたか	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการ 症状のあるところに丸をしてください
<input type="checkbox"/> มีไข้ (  ) 熱がある <input type="checkbox"/> เจ็บ 痛い <input type="checkbox"/> คัน かゆい	
<input type="checkbox"/> ผื่นพุพอง やけど <input type="checkbox"/> เป็นผื่นแดง 発疹 <input type="checkbox"/> กลากเกลื้อน 湿しん	
<input type="checkbox"/> ปาน あざ <input type="checkbox"/> ฝืด ぼくろ <input type="checkbox"/> ต่ำหนิ しみ	
<input type="checkbox"/> โรคน้ำกัดเท้า 水虫 <input type="checkbox"/> อาการแสบ じくじくしている <input type="checkbox"/> อื่นๆ その他	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか	
_____ ตั้งแต่ปี 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 日から	
อาการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง はい <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง いいえ	
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> เคย はい → <input type="checkbox"/> ยา 薬 <input type="checkbox"/> อาหาร 食べ物 <input type="checkbox"/> อื่นๆ その他 <input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ	
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ไม่ได้กิน いいえ	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ はい → _____ เดือน 月 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตั้งครรภ์ いいえ	
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่ 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ให้ はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ いいえ
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> โรคตับ 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> โรคไต 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> วัณโรค 結核 <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน 糖尿病	
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง 高血圧症 <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ エイズ <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> หอบหืด ぜんそく	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ その他 <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส 梅毒	
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> มี はい <input type="checkbox"/> ไม่มี いいえ
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> เคย はい <input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> เคย はい <input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ
ครั้งต่อไป สามารถนำลามาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> ได้ はい <input type="checkbox"/> ไม่ได้ いいえ	