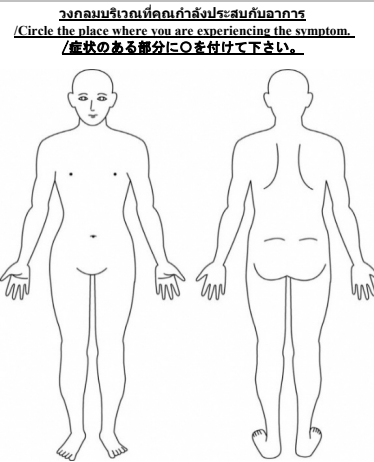


## แบบสอบถามโรคผิวหนัง/Dermatology Questionnaire/皮膚科 問診票

ชื่อผู้ป่วย/Name of patient /患者氏名				BT=	°C
วันเกิด /Date of birth /生年月日 (西暦)	ปี/Year/年	เดือน/Month/月	วัน/Day/日	PR=	นาที/min./分
	( ปี/Years old/歳)			BP=	มม.ปรอท/mmHg
				RR=	นาที/min./分
				SPO2=	%
ส่วนสูง/น้ำหนัก/Height/Weight/身長・体重	ซม/cm	กก/kg	เพศ/Sex/性別	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男性 <input type="checkbox"/> หญิง/Female/女性	
ภูมิแพ้/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> อาหาร/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> ยา/Medicine/薬:				

วันนี้มีปัญหาคืออะไรบ้าง?(เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)/What is the problem today?(Check all that apply.)  
/今日どのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> อาการคัน/Itchiness<br>/かゆみ       | <input type="checkbox"/> กลาก/Eczema<br>/湿疹  | <input type="checkbox"/> ผื่น/Rash/発疹   |
| <input type="checkbox"/> ลมพิษ/Hives<br>/じんましん            | <input type="checkbox"/> ผิวแห้ง<br>/Dry skin<br>/皮膚の乾燥  | <input type="checkbox"/> อาการภูมิแพ้<br>/Atopic symptoms<br>/アトピー            |
| <input type="checkbox"/> จุด/Spots/しみ                     | <input type="checkbox"/> ตุ่ม/Mole<br>/ほくろ   | <input type="checkbox"/> ปาน, รอยช้ำ/Birthmark,<br>bruise/あざ                  |
| <input type="checkbox"/> สิว/Pimples<br>/にきび              | <input type="checkbox"/> หนอง/Boil<br>/できもの  | <input type="checkbox"/> เผลา/Burn/やけど  |
| <input type="checkbox"/> แมลงกัดต่อย<br>/Insect bite/虫さされ | <input type="checkbox"/> หนูด<br>/Wart/いぼ  | <input type="checkbox"/> เหงื่อออกไม่ปกติ /Not sweating<br>normally<br>/汗がでない |
| <input type="checkbox"/> น้กัดเท้า/Athlete's foot/水虫      | <input type="checkbox"/> ความผิดปกติทางประสาท<br>สัมผัสทางผิวหนัง/Skin sensory<br>disorder<br>/皮膚の感覚異常 |   |
- ฉันได้รับคำแนะนำจากคลินิก/โรงพยาบาลอื่น (หรือจากการตรวจสุขภาพเป็นประจำ) ให้มาที่นี่  
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.  
/他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)
- อื่นๆ/Other(s)  
/その他:



ถ้าบรรยายอาการเป็นระดับ 1 - 10 รุนแรงแค่ไหน? วงกลมหมายเลขด้านล่าง

/If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.

/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか? 下の数字のところに○をつけてください。

ไม่เลย/Not at all/全くない

รุนแรงที่สุด/Most severe/最も激しい



เริ่มมีอาการเมื่อไหร่?/When did the symptom start?

/この症状はいつからありますか。

ปี/Year เดือน/Month วัน/Day จากประมาณ/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ เช้า/am/น./pm  
\_\_\_\_\_/年 \_\_\_\_/月 \_\_\_\_/日 午前・午後 時 分ごろから

คุณกำลังใช้ยาใดๆ อยู่ รวมถึงวิตามินและอาหารเสริมหรือไม่?

/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- ไม่/No  
/いいえ  ใช่/Yes  
/はい

แสดงยาหรือบันทึกการใช้ยาของคุณ (สมุดบันทึก)

/Show us your medication or medication record (notebook).

/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	ชื่อยา /Name of medications /お薬の名前	วิธีรับประทานหรือใช้ยา /How to take or use your medication /飲み方・使い方		ชื่อยา /Name of medications /お薬の名前	วิธีรับประทานหรือใช้ยา /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**คุณหรือเคยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์มาก่อนหรือไม่?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?  
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?**

ไม่/No /いいえ     ใช่/Yes /はい

หากคุณเลือก "ใช่" ให้เลือกอาการจากรายการ และเขียนชื่อโรงพยาบาลที่คุณได้รับการรักษา  
/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
/「はい」に印した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

ชื่อโรค (เขียนหมายเลขจากรายการต่อไปนี้) Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	ความคืบหน้าการรักษา/Treatment progress /治療経過	ชื่อโรงพยาบาล/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้การรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้การรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้การรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้การรักษา/Untreated/未治療	

**<รายชื่อโรค/List of diseases/疾患リスト>**

ระบบการเกิดโรค/System of disease /疾患の系統	ชื่อโรค/Disease names /疾患名				
① โรคทางเดินอาหาร/ Digestive disease /消化器系の疾患	a. แผลในกระเพาะอาหาร/Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. โรคตับอักเสบ/ Hepatitis /肝炎	c. โรคตับแข็งในตับ /Hepatic cirrhosis /肝硬化	d. อื่นๆ/Others/その他	
② โรคระบบไหลเวียนโลหิต/ Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. ความดันโลหิตสูง/ Hypertension/高血圧	b. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ/Arrhythmia /不整脈	d. หัวใจล้มเหลว /Heart failure/心不全	e. อื่นๆ/Others/その他
③ โรคระบบทางเดินหายใจ /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. โรคหอบหืด/ Asthma/喘息	b. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. โรคปอดอักเสบ/ Pneumonia /肺炎	d. วัณโรคปอด/ Pulmonary tuberculosis /肺結核	e. อื่นๆ/Others/その他
④ โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. ภาวะไตวายเรื้อรัง /Chronic renal failure /慢性腎不全	b. ไต/น้ำในปัสสาวะ /Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ /Urinary tract infection /尿路感染症	d. อื่นๆ/Others/その他	
⑤ โรคทางสมองและระบบประสาท /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. โรคหลอดเลือดสมอง/ Cerebral infarction /脳梗塞	b. เลือดออกในสมอง/ Cerebral hemorrhage /脳出血	c. โรคลมบ้าหมู/Epilepsy /てんかん	d. อื่นๆ/Others/その他	
⑥ โรคต่อมไร้ท่อหรือเมตาบอลิซึม/ Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. โรคเบาหวาน/ Diabetes mellitus /糖尿病	b. ภาวะไขมันในเลือดสูง /Hyperlipidemia /高脂血症	c. ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ/Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง/Hyperuricemia /高尿酸血症	e. อื่นๆ/Others/その他
⑦ โรคกระดูกหรือกล้ามเนื้อ /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์/ Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. โรคกระดูกพรุน/ Osteoporosis /骨粗鬆症	c. โรคข้อเข่าเสื่อม/ Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. แผ่นดิสก์ /Intervertebral Herniated /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア	e. โรคเกาต์/Gout/痛風
⑧ โรคทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา/ Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. เนื้องอกในมดลูก /Uterine fibroids /子宮筋腫	b. ประจำเดือน /Dysmenorrhea /月経困難症	c. ภาวะมีบุตรยาก /Infertility/不妊症	d. อื่นๆ/Others/その他	
⑨ โรคตา/Eye disease /眼の疾患	a. ต้อกระจก/Cataract /白内障	b. ต้อหิน/Glaucoma /緑内障	c. จอประสาทตาผิดปกติ /Retinopathy/網膜症	d. อื่นๆ/Others/その他	
⑩ เนื้องอกร้าย/Malignant tumor /悪性腫瘍	a. มะเร็งกระเพาะอาหาร /Stomach cancer/胃癌	b. มะเร็งลำไส้ใหญ่/Colon cancer/大腸がん	c. ตับ/ถุงน้ำดี/มะเร็งตับอ่อน /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝癌・胆のう・膵臓がん	d. โรคมะเร็งเต้านม/ Breast cancer/乳がん	e. มะเร็งมดลูก/Uterine cancer /子宮がん
	f. โรคมะเร็งปอด /Lung cancer/肺癌	g. อื่นๆ/Others/その他			
⑪ โรคทางจิต/Mental disease /精神の疾患	a. ภาวะซึมเศร้า/ Depression /うつ病	b. โรคจิตเภท /Schizophrenia /統合失調症	c. อื่นๆ/Others/その他		
⑫ โรคหูคอจมูก /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. ความบกพร่องทางการได้ยิน/Impaired hearing /難聴	b. อากาารเวียนศีรษะ/ Dizziness/めまい	c. เสียงหู /Ear noise/耳鳴	d. แพ้เกสรดอกไม้ /Pollen allergy/花粉症	e. อื่นๆ/Others/その他
⑬ โรคเลือด /Blood disease /血液の疾患	a. โรคโลหิตจาง/ Anemia/貧血	b. ลูคีเมีย/Leukemia /白血病	c. อื่นๆ/Others/その他		
⑭ โรคผิวหนัง/Skin disease /皮膚の疾患	a. โรคผิวหนังภูมิแพ้/ Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. เกลื้อน (เท้าของนักกีฬา) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)	c. อื่นๆ/Others/その他		

**คุณเคยได้รับการผ่าตัด?**

/Have you ever had surgery? /今までに手術をしたことがありますか。

- ไม่/No /いいえ     ใช่/Yes /はい    หากคุณเลือก "ใช่" ให้เขียนประวัติการผ่าตัดของคุณ /If you checked "Yes", write the history of your surgery. /「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

ชื่อโรค /Disease names /疾患名	ชื่อการผ่าตัดของคุณ/Name of your surgery/手術名	เมื่อคุณได้รับการผ่าตัด /When you had the surgery /手術をした時期	โรงพยาบาลที่ท่านทำการผ่าตัด/Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

\*หากไม่แน่ใจวันผ่าตัดที่แน่นอน ให้เขียนปีหรืออายุ /If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age. /※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

**คุณสูบบุหรี่เป็นประจำ?**

/Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

- ไม่/No /いいえ     ใช่/Yes /はい     เคยสูบบุหรี่/Used to smoke /以前吸っていた

การบริโภคบุหรี่/ Cigarette consumption/喫煙量	ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ /Duration of smoking/喫煙期間	ปีที่เลิกบุหรี่/Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ บุหรี่/วัน /cigarettes/Day /本/日	_____ ปี/Year/年	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月

หากคุณยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ให้เว้นว่างไว้ในคำถามเกี่ยวกับปีที่คุณเลิกสูบบุหรี่ /If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking. /現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

**คุณดื่มเป็นประจำ?**

/Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。

- ไม่/No /いいえ     ใช่/Yes /はい     เคยดื่มเป็นประจำ/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> เบียร์/Beer/ビール _____ มล./วัน /ml /Day/日	<input type="checkbox"/> เกลาวิสกี้/Whisky/ウイスキー _____ มล./วัน /ml /Day/日
<input type="checkbox"/> สาเกญี่ปุ่น /Japanese sake/日本酒 _____ มล./วัน /ml /Day/日	<input type="checkbox"/> ไวน์/Wine/ワイン _____ มล./วัน /ml /Day/日
<input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s)/その他 _____ มล./วัน /ml /Day/日	

**หากเป็นเพศหญิง ให้ตอบคำถามด้านล่าง คุณกำลังตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์?**

/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant? /女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- ไม่/No /いいえ     ใช่/Yes /はい     ไม่ทราบ/Do not know/わからない

**คุณกำลังให้นมลูกอยู่หรือเปล่า?**

/Are you breastfeeding? /現在、授乳中ですか。

- ไม่/No /いいえ     ใช่/Yes /はい

**หากคุณมีคำขอพิเศษเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ให้ทำเครื่องหมายในช่อง**

/If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- ฉันต้องการทราบประมาณการค่ารักษาพยาบาลโดยประมาณล่วงหน้า。 /I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- ฉันต้องการมีล่ามหากมีบริการล่ามให้บริการ。 /I want to have an interpreter if an interpreter service is available. /通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- อื่นๆ/Other(s)/その他 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。 This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

この問診票は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されております。本問診票は、日本語と英語との違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。 This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.