

患者氏名：

患者 ID：

## 皮肤科 问诊表/皮膚科 問診票

请在符合的项目上打勾。 / あてはまるものにチェックしてください。

<b>患者姓名/ 患者氏名</b>	<b>日期/ 日付</b>	年 月 日 / 年 / 月 / 日
<b>出生日期/ 生年月日</b>	年/ 年 月/ 月 日/ 日	<b>性别/ 性別</b> <input type="checkbox"/> 男/ 男 <input type="checkbox"/> 女/ 女
<b>身高・体重/ 身長・体重</b>	厘米/ cm                      公斤/ kg	<b>年龄/ 年齢</b> 周岁/ 歳
<b>语言/ 言語</b>	<b>国籍/ 国籍</b>	

### 生活状况/ 生活状況

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 有需要护理的家属/ 介護しなければならない家族がいる | <input type="checkbox"/> 有幼儿/ 幼い子どもがいる |
| <input type="checkbox"/> 老年人家庭/ 高齢者世帯               | <input type="checkbox"/> 单亲母亲家庭/ 母子家庭  |
| <input type="checkbox"/> 其他/ その他 ( )                |  |

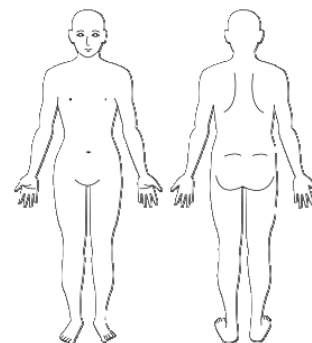
### 职业/ 職業

- |                                   |                                      |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全职/ 常勤雇用 | <input type="checkbox"/> 小时工/ パートタイム | <input type="checkbox"/> 个体工商户/ 自営業 |
| <input type="checkbox"/> 退休/ 退職   | <input type="checkbox"/> 无业/ 無職      |                                     |

### 出现症状的部位/ どの部位の症状ですか？

请在出现症状的部位上画圈

/ 症状のあるところに丸をしてください。



### 请问有什么症状？ / どのような症状ですか？

- |                                       |                                      |   |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 疼痛/ 痛い       | <input type="checkbox"/> 发热/ 熱がある    | <input type="checkbox"/> 刺痛/ ピリピリしている   |
| <input type="checkbox"/> 烧伤/ やけど      | <input type="checkbox"/> 痣/ ほくろ      | <input type="checkbox"/> 瘙痒/ かゆい        |
| <input type="checkbox"/> 皮疹/ 発しん      | <input type="checkbox"/> 湿疹/ 湿しん     | <input type="checkbox"/> 斑点/ しみ         |
| <input type="checkbox"/> 蚊虫叮咬/ 虫に刺された | <input type="checkbox"/> 脚癣/ 水虫      | <input type="checkbox"/> 渗出液体/ じくじくしている |
| <input type="checkbox"/> 胎记/ 瘀青/ あざ   | <input type="checkbox"/> 其他/ その他 ( ) |   |

### 发病时间/ それはいつからですか？

从 年/年 月/月 日/日 开始/ ごろから

### 现在有正在治疗的疾病吗？ / 現在治療している病気はありますか？

- 有/ はい (病名/ 病名: \_\_\_\_\_)
- 无/ いいえ

### 有没有因为药物或食品过敏过？ / 薬や食べ物でアレルギーがでますか？

- 有/ はい →                      药物/ 薬                      食物/ 食べ物                      其他/ その他 ( )
- 无/ いいえ

### 现在有正在服用的药物吗？ / 現在飲んでいる薬はありますか？

- 有/ はい →                      如有携带, 请出示/ 持っていれば見せてください
- 无/ いいえ

\*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

## 到现在为止，有得过的病吗？ / 今までにかかった病気はありますか？

- 胃肠道疾病/ 胃腸の病気       肝病/ 肝臓の病気       心脏病/ 心臓の病気  
 肾脏疾病/ 腎臓の病気       呼吸系统疾病/ 呼吸器の病気       血液病/ 血液の病気  
 神经系统疾病/ 脳・神経系の病気       恶性肿瘤/ 癌  
 甲状腺疾病/ 甲状腺の病気       糖尿病/ 糖尿病       其他/ その他 ( )

## 发病年龄/ それは何歳の時ですか？

\_\_\_\_ 岁/ 歳

## 吸烟吗？ / たばこを吸いますか？

- 吸/ 吸う →      现在/ 現在： \_\_\_\_ 支/天/ 本/日      吸烟史/ 喫煙歴： \_\_ 年/年  
 以前吸过/ 以前吸っていた →      过去/ 過去： \_\_\_\_ 支/天/ 本/日      吸烟史/ 喫煙歴： \_\_ 年/年  
 不吸/ 吸わない

## 喝酒吗？ / お酒を飲みますか？

- 喝/ はい →      \_\_\_\_ 毫升/天/ ml/日       不喝/ いいえ

## 接受过手术吗？ / 手術を受けたことがありますか？

- 有/ はい       无/ いいえ

## 手术时间/ いつごろですか？

\_\_\_\_ 年/ 年 \_\_\_\_ 月/ 月 (手术名称/ 手術名： \_\_\_\_\_)

## 接受过麻醉吗？ / 麻酔を受けたことがありますか？

- 有/ はい →       全身麻醉/ 全身麻酔       局部麻醉/ 局所麻酔  
 无/ いいえ

## 出现过麻醉后不良反应吗？ / 麻酔をして何かトラブルがありましたか？

- 有/ はい       无/ いいえ

## 输过血吗？ / 輸血を受けたことがありますか？

- 有/ はい       无/ いいえ

## 出现过输血后不良反应吗？ / 輸血をして何かトラブルがありましたか？

- 有/ はい       无/ いいえ

## 您现在是否妊娠中或有可能妊娠？ / 妊娠していますか、またその可能性はありますか？

- 是/ はい →      \_\_\_\_ 个月/ ヶ月       不清楚/ わからない       否/ いいえ

## 是否在哺乳期？ / 授乳中ですか？

- 是/ はい       否/ いいえ

## 以后是否能自己带翻译来？ / 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？

- 是/ はい       否/ いいえ