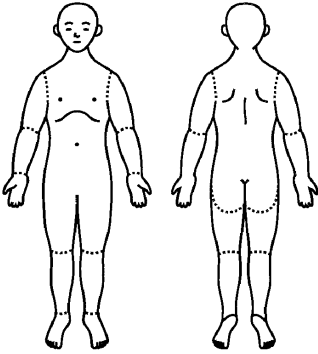


皮肤科问诊表 皮膚科問診票

年 月 日

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか <input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ		
国籍		

<p>有何症状? どうしましたか (请在图上标出其位置) (その箇所に印をつけてください)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  </div>	<p><input type="checkbox"/>发烧 熱 <input type="checkbox"/>疼痛 痛み <input type="checkbox"/>脚气 水虫 <input type="checkbox"/>烫伤, 烧伤 やけど <input type="checkbox"/>湿疹 <input type="checkbox"/>黑痣 ほくろ <input type="checkbox"/>青紫斑记 あざ <input type="checkbox"/>表皮斑块 しみ <input type="checkbox"/>搔痒 かゆい <input type="checkbox"/>出疹子 発疹 <input type="checkbox"/>有渗出物 じくじく <input type="checkbox"/>其他 その他</p> <p>何时开始的? いつ頃からですか 月 日</p> <p>症状是否仍在变化? その症状は変化してきていますか <input type="checkbox"/>是 → <input type="checkbox"/>恶化 ひどくなってきた <input type="checkbox"/>好转 よくなってきた <input type="checkbox"/>扩大 広がってきた <input type="checkbox"/>易位 移動している <input type="checkbox"/>其他 その他 <input type="checkbox"/>否 いいえ</p>
<p>是否有药物或食物过敏史 <input type="checkbox"/>无 いいえ <input type="checkbox"/>有 はい →</p>	<p>薬や食物でアレルギーを生じることがありますか <input type="checkbox"/>药物 薬 <input type="checkbox"/>食物 <input type="checkbox"/>其他 その他</p>
<p>是否正在服药? <input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい →</p>	<p>現在毎日飲んでいる薬がありますか 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください</p>
<p>请问女性患者 女性に聞きます 现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、また可能性はありますか <input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい → 几个月 何ヶ月 是否正在哺乳 授乳中ですか <input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい</p>	
<p>迄今为止曾患过何种疾病? <input type="checkbox"/>肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/>肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/>心脏病 心臓の病気 <input type="checkbox"/>肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/>结核病 結核 <input type="checkbox"/>高血压 高血圧症 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>甲状腺疾患 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/>哮喘 喘息 <input type="checkbox"/>艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/>其他 その他</p>	
<p>所患疾病是否已治愈? <input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい</p>	<p>その病気は治りましたか</p>
<p>是否有过因麻醉引起的不良反应? <input type="checkbox"/>有 はい <input type="checkbox"/>没有 いいえ</p>	<p>麻酔をして何かトラブルがありましたか</p>