

BAGIAN KULIT

皮膚科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前 laki-laki 男 perempuan 女
 tanggal lahir: 生年月日 _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日

alamat 住所 _____ telpon 電話 _____

Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?
 tidak 無 ya 有

warga negara 国籍 _____ bahasa 言葉 _____

Bagian manakah dari bagian tubuh anda mengalami masalah?

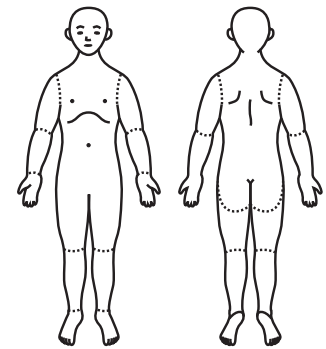
どこが悪いのですか

* Gejalanya seperti apa? どんな症状ですか

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sakit 痛い | <input type="checkbox"/> kutu air 水虫 |
| <input type="checkbox"/> gatal かゆい | <input type="checkbox"/> terbakar やけど |
| <input type="checkbox"/> bintik merah 発疹 | <input type="checkbox"/> eksim 湿疹 |
| <input type="checkbox"/> bercak merah あざ | <input type="checkbox"/> flek hitam しみ |
| <input type="checkbox"/> andeng-andeng ほくろ | |
| <input type="checkbox"/> koreng / meng koreng じくじくしている | |
| <input type="checkbox"/> lainnya その他 | |

* Lingkari pada gambar.

その個所に丸印をしてください



* Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか

_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から

Pernahkah gejala berubah? その症状は変化してきていますか

tidak いいえ ya はい

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan?

薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

tidak 無 ya 有 → obat 薬 makanan 食物 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

tidak 無
 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、また可能性がありますか

tidak 無 ya 有 → _____ bulan ヶ月

Tanggal terakhir datang bulan: 最終月経は

_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ tanggal 日

Penyakit apa yang pernah anda alami? 過去にどのような病気をしましたか

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> penyakit limpa 肝臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> penyakit ginjal 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> TBC 結核症 | <input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> asma 喘息 | <input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> lainnya その他 | |

* Apakah sudah sembuh? その病気が治りましたか

tidak いいえ ya はい

Pernah mengalami pembedahan / operasi? 手術を受けたことがありますか

tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者のみなさまへ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。