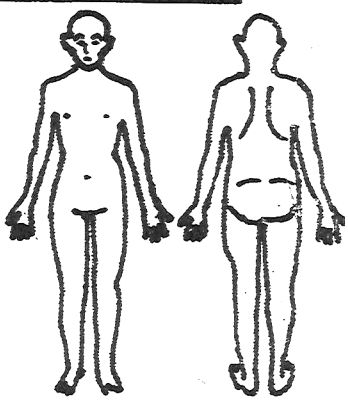
MedicalQuestionnaire(Dermatology)/皮膚科 問診票

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

Patient name/ 患者氏名		Date of birth/ 生年月日	year month day / 年 / 月 / 日
Sex/ 性別	☐Male/ 男 ☐Female/ 女	Age/ 年齢	years old/ 歳
Height/ 身長		weight/体重	
Address/住所			
Phone number			

Where are your symptoms located?/ どの部位の症状ですか?

Please circle the affected area(s) in the diagram on the right.
/ 症状のあるところに丸をしてください。



When did the symptoms start?/ それはいつからですか?

Since approximately:

year/ 年 month/ 月 day/ 日ごろから

What symptoms do you have?/ どのような症状ですか?

☐Pain/ 痛い ☐Burn/ やけど ☐Rash/ 発しん
☐Insect bite or sting/ 虫に刺された ☐Birthmark, Bruise/ あざ
☐Fever/ 熱がある ☐Mole/ ほくろ ☐Eczema/ 湿しん
☐Athlete's foot/ 水虫 ☐Stinging/ ピリピリしている ☐Itchiness/ かゆい
☐Spots/ しみ ☐Oozing sores/ じくじくしている
☐Other/ その他( )

Are you currently undergoing treatment for any diseases?

/ 現在治療している病気はありますか?
☐Yes/ はい(Disease / 病名:)
☐No/ いいえ

Are you allergic to any foods or medications?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか?

☐Yes/ はい → ☐Medication/ 薬 ☐Food/ 食べ物
☐No/ いいえ

Are you currently taking any medications?/ 現在飲んでいる薬はありますか?

☐Yes/ はい → Please show us the medications if you have them with you./
☐No/ いいえ (持っていれば見せてください)

Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありますか?

☐Yes/ はい ☐No/ いいえ

Is there a possibility that you are pregnant?/ 妊娠していますか、またその可能性はありますか?

☐Yes/ はい → months pregnant/ ヶ月 ☐I do not know/ わからない ☐No/ いいえ

Are you breastfeeding?/ 授乳中ですか? ☐Yes/ はい ☐No/ いいえ