

問診票 (PLASTIC SURGERY, DERMATOLOGY)

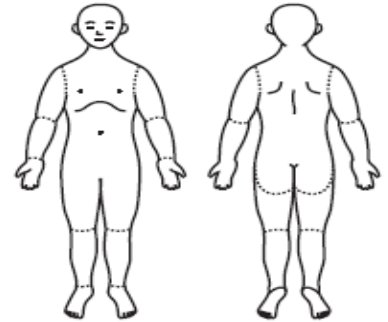
お名前 (Name) <small>(フリガナ)</small>	性別 (Sex) 男 ・ 女	年齢 (Age) 歳	生年月日 (Birth) 明治・大正 年 月 日 昭和・平成	身長 (Height) cm
住所 (Address) <small>(〒 -)</small>			電話番号 <small>(あれば携帯、その他の連絡先等も)</small>	体重 (Weight) kg

あてはまる項目全てにチェックをしてください。 Check () all corresponding answers.

○ どうされましたか？ (What is the problem?)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 熱がある °C (fever) | <input type="checkbox"/> 痛い (pain) |
| <input type="checkbox"/> かゆい (itching) | <input type="checkbox"/> やけど (burn) |
| <input type="checkbox"/> 発疹 (rash) | <input type="checkbox"/> 湿疹 (eczema) |
| <input type="checkbox"/> あざ (bruise) | <input type="checkbox"/> ほくろ (mole) |
| <input type="checkbox"/> しみ (liverspot) | <input type="checkbox"/> 水虫 (athlete's foot) |
| <input type="checkbox"/> じくじくしている (oozing) | <input type="checkbox"/> その他 (others) |

* Circle on the picture below.
その箇所に丸印をしてください



※それはいつ頃からですか？ (How long have you had this problem?)

Since _____ 年 (year) _____ 月 (month) _____ 日 (day) から

○ その症状は変化していますか？ (Is this problem changing?)

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> いいえ (No) | <input type="checkbox"/> ひどくなってきている (got worse) | <input type="checkbox"/> 広がっている (spread) |
| <input type="checkbox"/> はい (Yes) | <input type="checkbox"/> 軽くなってきた (got better) | <input type="checkbox"/> 移動している (moved) |
| | | <input type="checkbox"/> その他 (others) |

○ 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか？ (Are you allergic to anything?)

- 無 (No) 有 (Yes) → 薬 (medication) 食物 (food) その他 (others)
- 具体的にあれば記入してください。

○ 現在飲んでいる薬はありますか？ (Are you presently taking any medication?)

- 無 (No) 有 (Yes) → お持ちでしたら見せてください。 _____
- (If you have any with you now, please show them to me.)

○ ★女性の方への質問です (For females only)

※妊娠していますか？またはその可能性がありますか？

(Are you pregnant or do you feel you are pregnant?)

- いいえ (No) はい (Yes) → _____ ヶ月 (months)

※授乳中ですか？ (Are you presently breastfeeding?)

- いいえ (No) はい (Yes)

○ 過去にどのような病気をされましたか？ (Do you have a past history of any illness or disease?)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 (stomach and intestinal disorder) | <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 (liver disease) | |
| <input type="checkbox"/> 心臓の病気 (heart disease) | <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 (kidney disease) | <input type="checkbox"/> 結核 (tuberculosis) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (diabetes) | <input type="checkbox"/> 喘息 (asthma) | <input type="checkbox"/> 高血圧症 (high blood pressure) |
| <input type="checkbox"/> エイズ (AIDS) | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 (thyroid problem) | |
| | <input type="checkbox"/> その他 (others) | |

※病気は治りましたか？ (Has this disease been cured?)

- はい (Yes) いいえ (No)

○ 麻酔のトラブルはありますか？ (Have you ever had any trouble with anesthesia?)

- いいえ (No) はい (Yes)

○ ペースメーカー、植込み式除細動器 (ICD) を使用していますか？ (Do you have a Pace-maker implanted?)

- いいえ (No) はい (Yes)

ありがとうございました