

# 皮肤科问诊表

皮膚科問診票

中文 中国語

姓名 名前		性別 性別	男・女
出生年月日 生年月日	_____年_____月_____日	体重 体重	kg
住址・电话 住所・電話	〒 _____ 电话 電話		
是否持有健康保险证 健康保険証を持っていますか	有 はい 无 いいえ		

① 何时开始的? それはいつからですか?

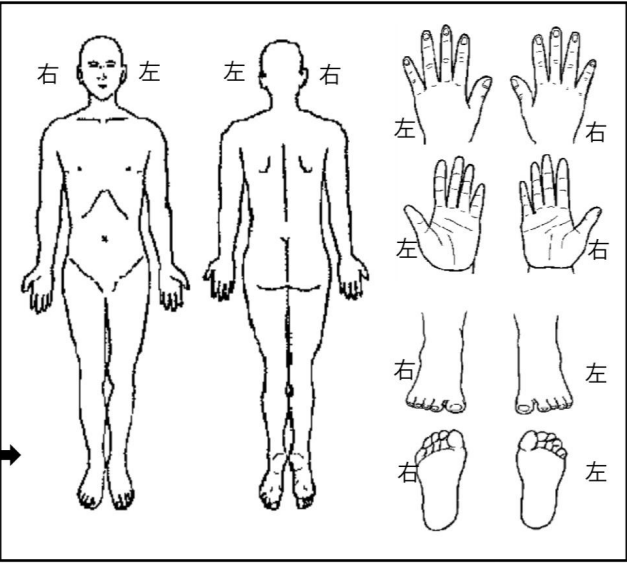
[ ]

② 请在符合您症状的项目处打圈 あてはまる症状に☐印を付けて下さい。

- 发烧( °C) 熱がある 瘙癢かゆい 疼痛 痛い 肿胀腫れている 发红赤くなっている  
 湿疹 湿しん 出疹子 発しん 水泡 水ぶくれ 带状疱疹 帯状疱疹 皮肤干燥カサカサする  
 疙瘩 できもの 脓疱疮とびひ 荨麻疹 蕁麻疹 昆虫叮咬 虫刺され 痘痘ニキビ 疣イボ  
 表皮斑块 しみ 脚气 水虫 指甲卷曲 巻き爪 脱发 脱毛 花粉过敏 花粉症 烧伤 やけど 受伤 怪我  
 其他 その他

[ ]

③ 请在右图符合您症状的部位处打圈 右図の、症状のある部分に☐を付けてください。



④ 是因工作或上班通勤而受伤或生病? 業務上、または通勤による負傷・病気ですか  
是 はい 否 いいえ

⑤ 目前是否正在接受治疗? 現在、この症状で治療を受けていますか  
是 はい 否 いいえ

如果回答“是”⇒医院名称 「はい」の方 病院名 [ ]

⇒治疗方法 治療方法 [ ]

※治疗后的变化 □好转 □没改善 □恶化 □其他 [ ]

※その治療方法後の変化 良くなった 変わらない 悪くなった その他 [ ]

⑥ 目前是否就诊于皮肤科以外的科? 現在、皮膚科以外の科にかかっていますか

是 はい 否 いいえ

如果回答“是”⇒医院名称 「はい」の方 病院名 [ ]

⇒疾病名称 [ ]

病名

「

」

⑦ 是否正在服药？

現在、常用している内服薬・外用薬はありますか

是 はい

否 いいえ

如果回答“是”⇒药品名称

「はい」の方 薬名

「

」

⑧ 是否有药物或食物过敏史？

今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか

是 はい

否 いいえ

不知道 不明

如果回答“是”⇒药物或食物名称

「はい」の方 薬・食べ物名

「

」

⑨ 以前是否患过以下疾病？请打圈

今までにかかった病気に印を付けてください。

异位性皮膚炎 アトピー性皮膚炎

带状疱疹 帯状疱疹

花粉症 花粉症

过敏性鼻炎 アレルギー性鼻炎

哮喘 喘息

心脏病 心臓病

肝脏病 肝臓病

肾脏病 腎臓病

前列腺肥大 前立腺肥大

青光眼 緑内障

高血压 高血圧

糖尿病 糖尿病

其他 その他

「

」

⑩ 以前是否患过肝功能不全或肾功能不全？

否 いいえ

肝功能不全 肝機能障害

肾功能不全 腎機能障害

⑪ 女性患者请回答以下问题

女性の方のみお答えください。

・现在是否正在怀孕

現在、妊娠中ですか？

是 はい → \_\_\_\_\_ 几个月

ヶ月

否 いいえ

・是否可能怀孕

妊娠の可能性がありますか？

是 はい

否 いいえ

・现在是否正在哺乳

現在、授乳中ですか？

是 はい

否 いいえ