

NO.	Dermatology Questionnaire/皮膚科 問診票	Please circle if any of the following apply to you. Pregnant 妊娠中・Breast-feeding 授乳中
Name of Patient 名前	<input type="checkbox"/> Male/ 男性 <input type="checkbox"/> Female/ 女性	Age 年齢 years old 才
Occupation職業: Operation作業・Office work事務・Unemployed無職・Student学生・Others他(Date of Birth 生年月日 Year/年 Month/月 Day/日

Have you had a fever within 10 days?
/10日以内に発熱はありましたか?

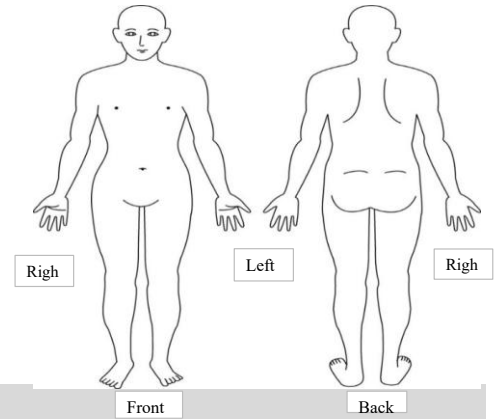
Body temperature / 体温: _____ °C Body weight (Only child)/体重 (小児のみ) _____ kg
 No/いいえ Yes/はい

I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

What is the reason(s) for visiting DERMATOLOGY today? (Check all that apply.)
/本日、皮膚科にかかりたい理由は何か。

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Itchiness/かゆみ | <input type="checkbox"/> Eczema/湿疹 | <input type="checkbox"/> Rash/発疹 | <input type="checkbox"/> Hives/じんましん |
| <input type="checkbox"/> Dry skin/皮膚の乾燥 | <input type="checkbox"/> Spots/しみ | <input type="checkbox"/> Atopic symptoms/アトピー | <input type="checkbox"/> Mole/ほくろ |
| <input type="checkbox"/> Boil/できもの | <input type="checkbox"/> Pimples/にきび | <input type="checkbox"/> Birthmark, bruise/あざ | <input type="checkbox"/> Burn/やけど |
| <input type="checkbox"/> Insect bite/虫さされ | <input type="checkbox"/> Wart/いぼ | <input type="checkbox"/> Not sweating normally/汗がでない | <input type="checkbox"/> Athlete's foot/みずむし |
| <input type="checkbox"/> Skin sensory disorder/皮膚の感覚異常 | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他: | | |
| <input type="checkbox"/> I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.
/他の医療機関から受診するように勧められた(健診含む) | | | |

Circle the area where you are experiencing the symptoms.
/症状のある部分に○を付けて下さい。

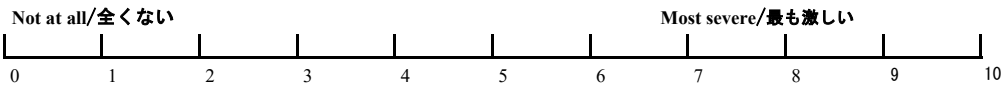


When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。

____ Year/年 ____ Month/月 ____ Day/日 From about ____ : ____ am/pm /ごろから

Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか?
 No/いいえ Yes/はい

If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/痛みの程度を数字で表すと、どのぐらいですか?



- Types of pain**
どんな
- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Throbbingズキズキ | <input type="checkbox"/> Dull ブーン | <input type="checkbox"/> Heavy重たい | <input type="checkbox"/> stingピリピリ |
| <input type="checkbox"/> Pricking チクチク | <input type="checkbox"/> Shooting電気が走る | <input type="checkbox"/> Otherその他() | |
- Frequency**
いつ
- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alwaysいつも | <input type="checkbox"/> When you move動くとき | <input type="checkbox"/> When you touch触ると |
| <input type="checkbox"/> Sometimes時々 | <input type="checkbox"/> Can't sleep with痛みで眠れない | |
| <input type="checkbox"/> Otherその他() | | |

Does the pain disturb your daily life? / 日常生活に支障が No/ない Yes/ある

Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Noneなし | <input type="checkbox"/> Myocardia infarction心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> Angina pectoris狭心症 | <input type="checkbox"/> Arrhythmia不整脈 | <input type="checkbox"/> Hypertension高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus糖尿病 | <input type="checkbox"/> Asthma喘息 | <input type="checkbox"/> Chronic Obstructive Pulmonary Disease慢性閉塞性肺疾患 | | |
| <input type="checkbox"/> Gastric duodenal ulcer胃十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> Brain infarction脳梗塞 | <input type="checkbox"/> Dyslipidemia脂質異常 | <input type="checkbox"/> Prostatic hypertrophy前立腺肥大 | |
| <input type="checkbox"/> Cancer癌 () | | <input type="checkbox"/> Glaucoma緑内障 | <input type="checkbox"/> Liver disease肝臓疾患() | |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease腎臓疾患 () | | <input type="checkbox"/> Otherその他() | | |

Continued on Next Page

Have you ever had surgery before?/手術歴はありますか?

No/いいえ Yes/はい **If you checked "Yes", write the history of your surgery. / 「はい」に印した方は下に手術歴を書いてください。**

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

Are you currently on any medication?/現在、飲んでいる薬はありますか?

No/いいえ Yes/はい ***If you answer "YES", show us your medication or a medicine pocketbook. /お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。**

	Name of medications /お薬の名前	What is your condition for prescribing? /処方理由・症状	*For staff 必要時職員用備考欄
①		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
②		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
③		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
④		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑤		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑥		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	

Allergies /アレルギーの有無 No/ない Yes/ある Food(s)/食べ物: Medicine/薬: Others/その他: Allergic Reactions/ 症状 ()

Do you have an implanted pacemaker? /ペースメーカーを埋め込んでいますか?

No無 Yes有 IF yes, do you have a pacemaker handbook/ ID card? No無 Yes有 at home 自宅にある
ある場合は、ペースメーカー手帳またはID cardをお持ちですか?

Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

No/いいえ Quit/やめた Yes/吸っている (cigarettes/day日 × years年間)

Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。 Please circle if any of the following apply to you.

No/いいえ Yes/はい (Beer/ビール Japanese sake/日本酒 Wine/ワイン Whisky/ウイスキー Other(s)/その他)

*drink everyday/毎日飲む *drink times回/week週 ml/time回

Do you have religion? /宗教はありますか?

No/いいえ Yes/はい ()

Risk for falls/ 転倒の危険度

Risk of Falls
転倒の危険度

Have you ever fallen within 3 months? /3ヶ月以内に転んだことはありますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Do you have orthoses on your feet? /足に装具をつけていますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Do you use a cane or walker? /杖や歩行器を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)
Do you use a wheelchair? /車椅子を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Do you feel dizziness? /ふらつきはありますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today? /本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい