KEIYU HOSPITAL

DATE / / /

Dermatology Questionnaire

（皮膚科問診票）

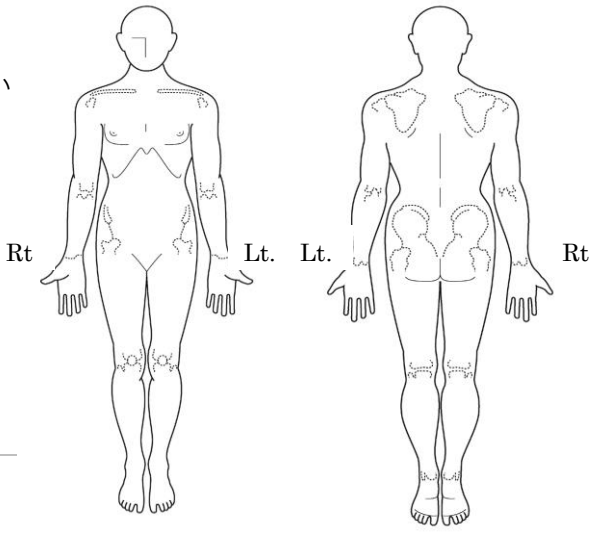
Name Age ID

☐male／☐Female Height cm ／Weight kg／Body Temperature ℃

■ Do you have a rash or growth?

Circle ○or shade the respective area(s)

（発疹やできものはどこにありますかその部位に○または をつけてください



■When did you notice them? （いつ頃からですか）

■Do you have the following symptoms?

（次の様な症状はありますか）

☐ Itching（かゆみ）

☐ Pain（痛み）

☐ Neither itchy not painful(かゆみも痛みもない)

☐ other(その他)_____

■What type of major illness have you had?

（これまでにかかった主な病気は何ですか）

■Have you been previously examined in this hospital's dermatology department?

（以前に当院皮膚科の診察を受けたことはありますか）

☐No ☐Yes,(date) year_____month_____

■Do you have any allergies?

（アレルギーは何かありますか）

☐No・☐Yes, to_____

■Are you currently taking any medication?

（現在何か薬を飲まれていますか）

☐No ☐Yes（name of medicine：_____）

■Do you smoke?

（喫煙しますか）

☐No ☐Yes ☐Used to smoke

(Amount per day:_____、For how long?_____)

■Do you drink any alcohol? ☐No ☐Yes ☐Used to drink

（お酒は飲みますか）

(Type of alcohol：_____, Amount: _____)

☐Daily（毎日） ☐Occasionally（時々） ☐Few times a month（月に 2、3 回）

■For female patients,（女性の方へ）

Are you pregnant at the moment? ☐No ☐Yes ☐Not sure

（現在妊娠していますか）

When was your last menstrual period?（_____/_____） ☐Menopause

（最終生理はいつですか） （閉経している）

■For the symptom(s) that you are experiencing now, have you visited any other clinic or hospital？（現在かかっている病気で、他の病院を受診しましたか）

☐No ☐Yes From_____/_____/_____/ Clinic or Hospital name_____

■Do you have any medical referral ?（紹介状はお持ちですか） ☐No ☐Yes