

# Interview Sheet (Oho Dermatology Clinic)

Date: Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

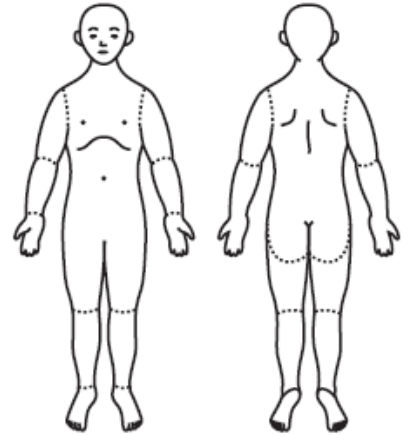
Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_, Male / Female

Address \_\_\_\_\_ Telephone No \_\_\_\_\_

1. Explain your symptom. .

2. When did the symptom start?

- \_\_\_\_\_ weeks ago       \_\_\_\_\_ days ago  
 \_\_\_\_\_ hours ago       \_\_\_\_\_ minutes ago  
 This morning       Last night.



3. Draw a circle a place of the symptom of your body on the picture. .

4 Have you received treatment in other medical institutions for this symptom?

Yes ( Name of institutions \_\_\_\_\_ / When: \_\_\_\_\_ )

No

5. Have you get skin rash caused by any or an medicine any injection, and feel nauseous?

Yes ( Name of medicine \_\_\_\_\_ / When: \_\_\_\_\_ )

No

6. Have you gotten serious illness before?

Yes (Name of illness : \_\_\_\_\_ / When \_\_\_\_\_ )

No

7. • Are you pregnant now ?

Yes( \_\_\_\_\_ months ) / No

• Are you breast-feeding now?

Yes / No

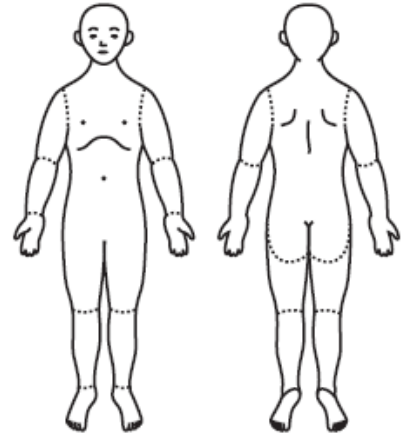
# 問診票(大穂皮膚科クリニック)

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

名前\_\_\_\_\_ 年齢\_\_\_\_\_, 男 / 女

住所\_\_\_\_\_ 電話番号\_\_\_\_\_

1. どのような症状で診断を受けにこられましたか？



2. その症状はいつから始まりましたか？

- \_\_\_\_\_ 週間前から       \_\_\_\_\_ 日前から  
 \_\_\_\_\_ 時間前から       \_\_\_\_\_ 分前から  
 今朝から                       昨夜から.

3. 悪いところに○印を付けてください。

4 その症状のため、他の医療機関で治療を受けたことが有りますか？

有 ( 医療機関名 \_\_\_\_\_ / いつ頃: \_\_\_\_\_ )

無

5. 薬や注射なので発疹がでたり、気分が悪くなったことはありますか？

有 ( 薬名 \_\_\_\_\_ / いつ頃: \_\_\_\_\_ )

無

6. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？

有 ( 病名 \_\_\_\_\_ / いつ頃: \_\_\_\_\_ )

無

7. ・現在妊娠していますか？授乳をしていますか？

はい ( 妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月 ) / いいえ

・授乳をしていますか？

はい / いいえ