

Interview and Registration Form



I D _____

Date _____

Name (名前)		Sex (性別)	<input type="checkbox"/> Male (男) <input type="checkbox"/> Female (女)
Date of birth (生年月日)	year month day	Age (年齢)	
Present Address (現住所)			
Telephone Number (電話番号) Home Work		Cellular Phone Number (携帯電話) We need it for emergency	
Nationality (国籍)		We will use your information only for your medical treatment (記入していただいた情報は診療目的以外には使用いたしません)	

Interview Sheet (問診票)

1. What are your symptoms? どうしましたか？

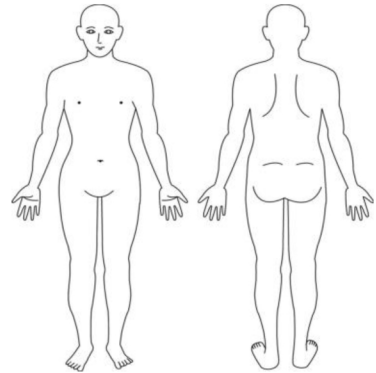
Circle on the picture. 症状のあるところに ☒ をしてください

- ☐itching かゆい ☐swelling はれ ☐pain 痛い ☐tumor できもの
☐burn やけど ☐bruising あざ ☐mole ほくろ ☐liver spots しみ
☐others その他

2. Tell the part of your problem on your body.

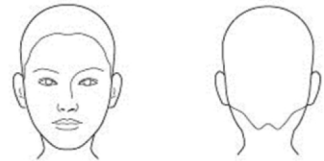
Circle the body on the chart.

症状の部位（場所）を教えてください → ○



3. How long have you had the problem?

その症状はいつ頃からありますか？



4. Have you ever seen a doctor before for your current skin problem?

その症状について以前に治療を受けられましたか？

Yes

No

Write down the name of the hospital or clinic if possible, please (医療機関名)

Name :

The name of medicine

Ointment : 塗り薬

Medicine : 飲み薬

5. Have you ever suffered from serious diseases? 今までに大きな病気をしましたか？

Are you currently seeing a doctor for your disease or using some medicines?

治療中の病気 使用中のお薬はありますか？

Please write the have of disease and medicines if possible

6. Have you ever had an allergic reaction to any type of medicine or food?

今までにお薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか？

No

Yes

7. Questions for women only 女性の方への質問です

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy?

妊娠していますか、またその可能性はありますか？

Yes

No

months

ヶ月

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

Yes

No

Thank you for your cooperation



おにき皮膚科クリニック
Oniki Hifuka Clinic

Dermatology and Plastic surgery