

内科問診表

ない か もんしんひょう
内科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合☑ 您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	____年 年 ____月 月 ____日 日	电话 電話	
住址 住所			
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍		语言 言葉	

有何症状? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 发烧(°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> 咽喉肿痛 のどが痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せき	<input type="checkbox"/> 头痛 頭が痛い
<input type="checkbox"/> 胸痛 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 出疹子 発しん	<input type="checkbox"/> 心悸, 心慌 動悸	<input type="checkbox"/> 气短 息切れ
<input type="checkbox"/> 浮肿 むくみ	<input type="checkbox"/> 头晕 めまい	<input type="checkbox"/> 胸闷 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> 腹痛 お腹が痛い
<input type="checkbox"/> 胃痛 胃が痛い	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧	<input type="checkbox"/> 四肢麻木 しびれ	<input type="checkbox"/> 口干 口が渇く
<input type="checkbox"/> 体重减轻 体重が減っている	<input type="checkbox"/> 腹胀 お腹が張る	<input type="checkbox"/> 食欲不振 食欲がない	
<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐	<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気	<input type="checkbox"/> 腹泻 下痢	<input type="checkbox"/> 血便 血便
<input type="checkbox"/> 浑身乏力 だるい	<input type="checkbox"/> 易疲倦 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 其他 その他	
何时开始的? それはいつからですか			
____年 年 ____月 月 ____日 日から			
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ			
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → ____ 几个月 ケ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
是否正在哺乳 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 结核病 結核	<input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病	<input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒	<input type="checkbox"/> 其他 その他
有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过输血? 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れて来てることができますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ			

外科問診表

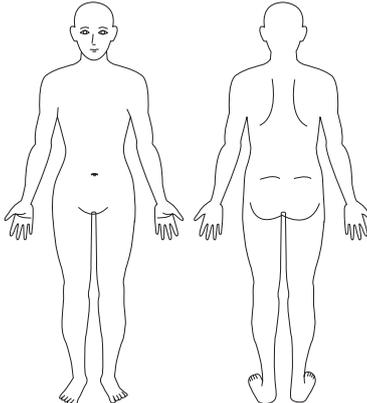
げ か もんしんひょう
外科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合☑您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前			<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話		
住址 住所				
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい		<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍	语言 言葉			

有何症状? どうしましたか	 <p>请在有症状的位置画圈 しょうじょう 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> 发烧(°C) 熱がある <input type="checkbox"/> 腹痛 お腹が痛い <input type="checkbox"/> 外伤 けが <input type="checkbox"/> 烫伤, 烧伤 やけど <input type="checkbox"/> 肿块 しこり <input type="checkbox"/> 四肢麻木 しびれ <input type="checkbox"/> 扭伤 ひねった <input type="checkbox"/> 体重下降 体重が減っている <input type="checkbox"/> 瘙痒 かゆい <input type="checkbox"/> 胆结石 胆石 <input type="checkbox"/> 肿胀 腫れ <input type="checkbox"/> 痔疮 痔 <input type="checkbox"/> 血便 血便 <input type="checkbox"/> 咽喉(甲状腺) のど(甲状腺) <input type="checkbox"/> 肠疝气 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> 其他 その他	
<input type="checkbox"/> 颈部 首 <input type="checkbox"/> 肺 肺 <input type="checkbox"/> 乳房 乳房 <input type="checkbox"/> 胃 胃 <input type="checkbox"/> 肚脐 へそ <input type="checkbox"/> 肠 腸	
何时开始的? それはいつからですか _____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から	
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ	
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 ヶ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否正在哺乳 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病 <input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症 <input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒 <input type="checkbox"/> 其他 その他	
有没有正在治疗的疾病? 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过输血? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
持有介绍信的患者请填写 紹介状のある方だけ書いてください	
是否携带X光片 レントゲンフィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否携带内窥镜照片 内視鏡フィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ

今后能否自带翻译来院就诊？^{こんご つうやく じぶん つ} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

是 はい

否 いいえ

〈2/2ページ〉

整形外科, 骨科問診表

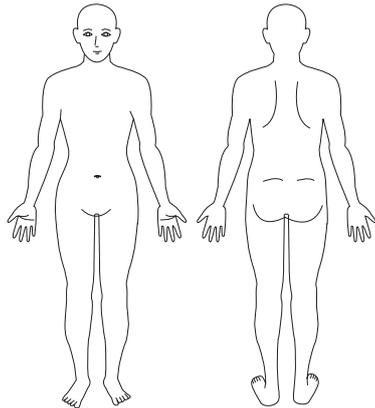
せいけいげ かもんしんひょう
整形外科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合☑ 您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前 <small>なまえ</small>			<input type="checkbox"/> 男 男 <small>おとこ</small>	<input type="checkbox"/> 女 女 <small>おんな</small>
出生年月日 生年月日 <small>せいしゅんがっぴ</small>	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話 <small>でんわ</small>		
住址 住所 <small>じゅうしょ</small>				
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか? <small>けんこうほけん</small>	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ		
国籍 国籍 <small>こくせき</small>	语言 言葉 <small>ごたば</small>			

有何症状? どうしましたか	 <p>请在有症状的位置画圈 しやうじょう 症状のあるところに丸をしてください</p>				
<input type="checkbox"/> 发烧(°C) 熱がある <small>ねつ</small> <input type="checkbox"/> 外伤 けが <input type="checkbox"/> 肿块 しこり <input type="checkbox"/> 瘙痒 かゆい <input type="checkbox"/> 扭伤 ひねった <input type="checkbox"/> 其他 その他		<input type="checkbox"/> 疼痛 痛み <small>いた</small> <input type="checkbox"/> 烫伤, 烧伤 やけど <input type="checkbox"/> 肿胀 はれもの <input type="checkbox"/> 麻木 しびれ <input type="checkbox"/> 体重减轻 体重が減っている			
何时开始的? それはいつからですか		_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から			
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか <small>くすり たの もの</small>		<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ			
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか <small>げんざいの くすり</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ				
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか <small>にんしん</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 ヶ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ				
是否正在哺乳 授乳中ですか <small>じゆにゅうちゆう</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ				
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか <small>いまま</small>	<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <small>いちょう びょうき</small> <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <small>けっかく</small> <input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ		<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <small>かんぞう びょうき</small> <input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病 <small>とうようびょう</small> <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気 <small>こうじょうせん びょうき</small>	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気 <small>しんぞう びょうき</small> <input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく <input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒 <small>はいどく</small>	<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <small>じんぞう びょうき</small> <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症 <small>こうけつあつしやう</small> <input type="checkbox"/> 其他 その他
有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか <small>げんざいの ちりやう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ				
是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか <small>しじゆつ じゆ</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ				
是否接受过输血? 輸血を受けたことがありますか <small>ゆけつ じゆ</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ				
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか <small>ますい なに</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ				
今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか <small>こんご つうやく じぶん</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ				

脳神経外科問診表

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合☑ 您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話	
住址 住所			
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍		语言 言葉	

有何症状? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 头痛 頭が痛い	<input type="checkbox"/> 头晕 めまい	<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気	<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐
<input type="checkbox"/> 耳鸣 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 肩膀酸痛 肩こり	<input type="checkbox"/> 四肢麻木 しびれ	<input type="checkbox"/> 手脚发抖 手足のふるえ
<input type="checkbox"/> 神志不清 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> 听力下降 聞こえにくい		
<input type="checkbox"/> 视力下降 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> 行走困难 歩きにくい		
<input type="checkbox"/> 手脚不灵活 手足の動きが悪い	<input type="checkbox"/> 其他 その他		
何时开始的? それはいつからですか		_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から	
是否碰撞了头部? 頭をぶつきましたか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から		<input type="checkbox"/> 否 いいえ	
碰撞部位 どこをぶつきましたか		<input type="checkbox"/> 头前部 前頭部	<input type="checkbox"/> 头后部 後頭部
		<input type="checkbox"/> 头右侧 右横	<input type="checkbox"/> 头左侧 左横
是否发生了交通事故? 交通事故ですか		<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
头痛者请回答 頭が痛い方への質問です			
疼痛部位 どこが痛みますか			
<input type="checkbox"/> 头前部 前頭部	<input type="checkbox"/> 头后部 後頭部	<input type="checkbox"/> 头右侧 右横	<input type="checkbox"/> 头左侧 左横
<input type="checkbox"/> 整个头部 頭全体			
怎样疼痛? どのように痛みますか			
<input type="checkbox"/> 跳痛, 一跳一跳地疼 ズキンズキン	<input type="checkbox"/> 强烈的头痛, 耳鸣声 ガンガン	<input type="checkbox"/> 裂开似的疼痛 ガーンと割れるように	
<input type="checkbox"/> 绞痛, 剧痛 キリキリ	<input type="checkbox"/> 像针扎似的刺痛 チクチク	<input type="checkbox"/> 其他 その他	
一天中何时最痛? いつが一番痛いですか			
<input type="checkbox"/> 早晨 朝	<input type="checkbox"/> 白天 昼	<input type="checkbox"/> 晚上 夜	<input type="checkbox"/> 一整天 一日中
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他		<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> 否 いいえ	
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 ヶ月		<input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否正在哺乳 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	

<1/2ページ>



以前是否患过以下疾病？^{いま}今までにかかった^{びょうき}病気はありますか

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 腸胃病 ^{いちよう びょうき} 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 ^{かんぞう びょうき} 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> 心脏病 ^{しんぞう びょうき} 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 ^{じんぞう びょうき} 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> 结核病 ^{けっかく} 結核 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 ^{とうようびょう} 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 哮喘 ^{ぜんそく} ぜんそく | <input type="checkbox"/> 高血压 ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> 艾滋病 ^{エイズ} エイズ | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 ^{こうじょうせん びょうき} 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> 梅毒 ^{はいどく} 梅毒 | <input type="checkbox"/> 其他 ^た その他 |

有没有正在治疗的疾病 ^{げんざい ちりやう} 現在治療している^{びょうき}病気はありますか 是 はい 否 いいえ

是否饮酒？ ^{さけ の} お酒を飲みますか 是 はい → _____ 毫升/天 ml/日 否 いいえ

是否吸烟？ ^{たばこ} たばこを吸いますか 是 はい → _____ 支/天 本/日 否 いいえ

是否接受过手术治疗？ ^{しゆじゆつ ちゆう} 手術を受けたことがありますか 是 はい 否 いいえ

是否有过因麻醉引起的不良反应？ ^{ますい なに} 麻醉をして何かトラブルがありましたか 是 はい 否 いいえ

今后能否自带翻译来院就诊？ ^{こんご つうやく じぶん} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

是 はい 否 いいえ

<2/2ページ>

精神科問診票

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合 您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年

月 月

日 日

姓名 名前 <small>なまえ</small>		<input type="checkbox"/> 男 男 <small>おとこ</small>	<input type="checkbox"/> 女 女 <small>おんな</small>
出生年月日 生年月日 <small>せいしゅんがっぴ</small>	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話 <small>でんわ</small>	
住址 住所 <small>じゅうしょ</small>			
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか? <small>けんこうほけん</small>	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍 <small>こくせき</small>		语言 言葉 <small>ごたば</small>	

有何症状? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> 失眠 眠れない <small>ねむ</small>	<input type="checkbox"/> 比平常话多 いつもよりよくしゃべる
<input type="checkbox"/> 焦虑不安, 心慌气短 不安やパニック発作 <small>ふあん</small>	<input type="checkbox"/> 幻听 周りに人がいないのに声が聞こえる <small>まぼろし</small>
<input type="checkbox"/> 抑郁 気分 <small>きぶん</small>	<input type="checkbox"/> 没有精神 元気がない <small>げんき</small>
<input type="checkbox"/> 感觉经常被人监视 人に見られている気がする <small>ひと</small>	<input type="checkbox"/> 精神亢奋 元気が良すぎる <small>げんき</small>
<input type="checkbox"/> 意识丧失(晕厥) 意識がなくなる <small>いしき</small>	<input type="checkbox"/> 自杀倾向 死にたい <small>じ</small>
<input type="checkbox"/> 好激动, 爱兴奋 興奮しやすい <small>こうふん</small>	<input type="checkbox"/> 施暴 暴力をふるう <small>せりよく</small>
<input type="checkbox"/> 其他 その他 <small>た</small>	
何时开始的? それはいつからですか	
_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から	
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか <small>くすり た もの</small>	
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <small>くすり</small> <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <small>た もの</small> <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ	
陪伴护理者姓名 付添者の氏名 <small>つきそいしや しめい</small>	
与患者的关系 本人との関係 <small>ほんにん との かんけい</small>	<input type="checkbox"/> 家属 家族 <small>かぞく</small> <input type="checkbox"/> 朋友 友人 <small>ゆうじん</small> <input type="checkbox"/> 其他 その他 → ()
今天来看病是谁的意思? 本日の受診はどなたの意志ですか <small>ほんじつ じゅしん</small>	
<input type="checkbox"/> 本人 本人 <small>ほんにん</small> <input type="checkbox"/> 家属 家族 <small>かぞく</small> <input type="checkbox"/> 朋友 友人 <small>ゆうじん</small> <input type="checkbox"/> 警察 警察 <small>けいさつ</small> <input type="checkbox"/> 工作单位的人 勤務先の人 <small>きんむさき ひと</small>	
<input type="checkbox"/> 其他 その他 → ()	
今天就诊的目的是什么? 本日の受診の目的は何ですか <small>ほんじつ じゅしん もくてき</small>	
<input type="checkbox"/> 接受诊断 診断 <small>しんだん</small>	<input type="checkbox"/> 开诊断书 診断書 <small>しんだんしょ</small>
<input type="checkbox"/> 治疗 治療 <small>ちりょう</small>	<input type="checkbox"/> 住院 入院 <small>にゅういん</small>
<input type="checkbox"/> 请开介绍信 紹介 <small>しょうがい</small>	<input type="checkbox"/> 请求会诊 セカンドオピニオン
<input type="checkbox"/> 其他 その他 → ()	
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか <small>にんしん かのうせい</small>	
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 ケ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否正在哺乳 授乳中ですか <small>じゆにゅうちゅう</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
现在是否有正在治疗的疾病? 現在治療中の病気はありますか <small>げんざいちりょうちゅう びょうき</small>	
<input type="checkbox"/> 是 はい → 医疗机关名称 医療機関名 <small>いりょうきかんめい</small> <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否正在服药? 現在飲んでる薬はありますか <small>げんざいの くすり</small>	
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ	

以前是否患过以下疾病？^{いま}今までにかかった病^{びょうき}気はありますか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 痴呆症 ^{にんちしやう} 認知症 | <input type="checkbox"/> 酒精依赖症, 药物依赖症 ^{やくぶつ いたいそん} アルコールや薬物依存 |
| <input type="checkbox"/> 情绪障碍 ^{きふんしやうがい} 気分障害 → <input type="checkbox"/> 躁狂症 ^{そうびやう} 躁病 <input type="checkbox"/> 躁狂抑郁症 ^{そうらつびやう} 躁鬱病 | <input type="checkbox"/> 抑郁症 ^{うつびやう} 鬱病 |
| <input type="checkbox"/> 恐慌症 ^{ぱにっく} パニック | <input type="checkbox"/> 失眠 ^{ふみんしやう} 不眠症 |
| <input type="checkbox"/> 人格障碍 ^{ぱーそなりてぃーしやうがい} パーソナリティ障害 | <input type="checkbox"/> 智力发育障碍 ^{はつたつしやうがい} 発達障害 |
| <input type="checkbox"/> 精神呆滞 ^{せいしん ちたい} 精神遲滞 | <input type="checkbox"/> 癲癇 ^{てんかん} てんかん |
| <input type="checkbox"/> 精神分裂症 ^{とうこうしつちやうしやう} 統合失調症 | <input type="checkbox"/> 注意力欠缺, 如儿童多动症 ^{ちゆうい けつかん じよ たどうせいしやうがい} 注意欠陥(如)多動性障害 |
| <input type="checkbox"/> 其他 ^た その他 → () | |

今后能否自带翻译来院就诊？^{こんご つうやく じぶん つ} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- 是 ^{はい} はい 否 ^{いいえ} いいえ

<2/2ページ>

小儿科问诊表

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合☑ 您的状况的项目处打上记号 あるいはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

儿童姓名 子どもの名前			<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	年 年 月 月 日 日	年龄 年齢	岁 才	
住址 住所			电话 電話	
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい		<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍			语言 言葉	

有何症状? どうしましたか

<input type="checkbox"/> 发烧(°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> 嗓子痛 のどが痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せき	<input type="checkbox"/> 痉挛, 抽筋 ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> 无精神 元気がない	<input type="checkbox"/> 烦躁 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> 浮肿 むくみ	<input type="checkbox"/> 头痛 頭が痛い
<input type="checkbox"/> 腹痛 お腹が痛い	<input type="checkbox"/> 胸痛 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 出疹子 発しん	<input type="checkbox"/> 胃痛 胃が痛い
<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐	<input type="checkbox"/> 厌食 食欲がない	<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気	
<input type="checkbox"/> 体重增加缓慢 体重の増加不良		<input type="checkbox"/> 腹泻 下痢	<input type="checkbox"/> 血便 血便
<input type="checkbox"/> 厌奶 ミルクの飲みが悪い	<input type="checkbox"/> 其他 その他		

何时开始的? それはいつからですか _____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から

是否出现过食物或药物过敏? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

是 はい → 药物 薬 鸡蛋 卵 牛奶 牛乳 食物 其他の食べ物 其他 その他 无 いいえ

是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか

是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください 否 いいえ

能服用何种药物? どんな種類の薬が飲めますか

口服液 シロップ 粉剂 粉薬 片剂或胶囊 錠剤またはカプセル

小儿出生时的状态 出産の時のようす

出生时婴儿体重 _____ 克 赤ちゃんの体重 生产时母亲年龄 _____ 母親の年齢

顺产 正常分娩 难产 異常分娩 早产 早産する 剖腹产 帝王切開 其他 その他

已打过的预防针 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> Hib(b型流感嗜血杆菌)疫苗 ヒブ	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌疫苗 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 小儿麻痹 ポリオ
<input type="checkbox"/> 白百破 三種混合	<input type="checkbox"/> 四联疫苗 四種混合	<input type="checkbox"/> 卡介苗 BCG
<input type="checkbox"/> MR(麻疹・风疹)二联疫苗 麻疹・風しん混合	<input type="checkbox"/> 水痘 水ぼうそう	
<input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎, 痄腮 おたふく風邪	<input type="checkbox"/> 乙型脑炎 日本脳炎	
<input type="checkbox"/> 轮状病毒疫苗 ロタウィルス	<input type="checkbox"/> 其他 その他	

以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> 风疹 風しん	<input type="checkbox"/> 水痘 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 麻疹 麻疹	<input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく
<input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎, 肿痄腮 おたふく風邪	<input type="checkbox"/> 百日咳 百日せき	<input type="checkbox"/> 阑尾炎 虫垂炎	
<input type="checkbox"/> 幼儿急性热性皮肤黏膜淋巴结综合症俗称川崎病 川崎病	<input type="checkbox"/> 幼儿急疹 突発性発しん	<input type="checkbox"/> 乙型脑炎 日本脳炎	
<input type="checkbox"/> 高热惊厥 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 其他 その他		

有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか 是 はい 否 いいえ

是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか 是 はい 否 いいえ

是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか 是 はい 否 いいえ

今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

是 はい 否 いいえ

皮肤科问诊表

ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

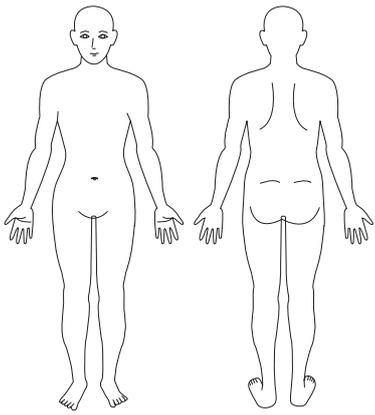
请在符合☑您的状况的项目处打上记号 あるいはまるものにチェックしてください

年 年

月 月

日 日

姓名 名前			<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	_____ 年 年	_____ 月 月	_____ 日 日	电话 電話
住址 住所				
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい		<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍			语言 言葉	

有何症状? どうしましたか	 <p>请在有症状的位置画圈 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> 发烧(℃) 熱がある <input type="checkbox"/> 疼痛 痛い <input type="checkbox"/> 瘙痒 かゆい <input type="checkbox"/> 烫伤, 烧伤 やけど <input type="checkbox"/> 出疹子 発しん <input type="checkbox"/> 湿疹 湿しん <input type="checkbox"/> 青紫斑 あざ <input type="checkbox"/> 黑痣 ほくろ <input type="checkbox"/> 表皮斑块 しみ <input type="checkbox"/> 脚气 水虫 <input type="checkbox"/> 有渗出物 じくじくしている <input type="checkbox"/> 其他 その他	
何时开始的? それはいつからですか	
_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日 から 症状是否持续变化? その症状は変化していますか <input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ	
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 ヶ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否正在哺乳 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病 <input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症 <input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒 <input type="checkbox"/> 其他 その他	
有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れて来てることができますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	

妇产科问诊表

さん ふ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合 您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話	
住址 住所			
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍		语言 言葉	
身高 身長	_____ cm	体重 体重	_____ kg

有何症状? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> 怀孕 妊娠	<input type="checkbox"/> 月经异常 月経の異常
<input type="checkbox"/> 阴道异常出血 不正性器出血	<input type="checkbox"/> 息肉 ポリープ
<input type="checkbox"/> 子宫肌瘤 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 癌症检查 がん検診
<input type="checkbox"/> 白带 おりもの	<input type="checkbox"/> 下腹部疼痛 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> 卵巢囊肿 卵巣の腫瘍	<input type="checkbox"/> 外阴瘙痒 性器のかゆみ
<input type="checkbox"/> 不孕 不妊症	<input type="checkbox"/> 贫血 貧血
<input type="checkbox"/> 其他 その他	
有关月经的既往史 生理について	
初潮年齢 初めて生理があったのはいつですか	_____ 岁 才
闭经年齢 閉経はいつですか	_____ 岁 才
月经是否规律 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
一个周期 周期について	<input type="checkbox"/> 28天 28日型 <input type="checkbox"/> 30天 30日型 <input type="checkbox"/> _____ 天 日型 <input type="checkbox"/> 无规律 不順
持续时间 生理の期間について	_____ 天 日間
月经量 生理の量について	<input type="checkbox"/> 多 多い <input type="checkbox"/> 一般 普通 <input type="checkbox"/> 少 少ない
是否痛经 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
最后一次月经 最終月経は	_____ 月 月 _____ 日 日
是否有性经验? 性交経験はありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
妊娠史 妊娠、分娩について	
<input type="checkbox"/> 怀孕 妊娠 _____ 次 回	
<input type="checkbox"/> 分娩 分娩 _____ 次 回	<input type="checkbox"/> 顺产 正常分娩 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 难产 異常分娩 _____ 次 回	<input type="checkbox"/> 早产 早産する _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 流产 流産 _____ 次 回	<input type="checkbox"/> 剖腹产 帝王切開 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 自然流产 自然流産 _____ 次 回	<input type="checkbox"/> 人工流产 人工流産 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 宫外孕 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> 葡萄胎 胎状奇胎
<input type="checkbox"/> 其他 その他	
如果您是孕妇,是否希望在本院分娩? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい	如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过癌症检查 がん検診を受けたことがありますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日 <input type="checkbox"/> 无 いいえ

以前是否患过以下疾病？^{いま} 今までにかかった病氣^{びょうき}はありますか

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 腸胃病 ^{いちょう びょうき} 胃腸の病氣 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 ^{かんぞう びょうき} 肝臓の病氣 | <input type="checkbox"/> 心脏病 ^{しんぞう びょうき} 心臓の病氣 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 ^{じんぞう びょうき} 腎臓の病氣 |
| <input type="checkbox"/> 結核病 ^{けっかく} 結核 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 ^{とうようびょう} 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 哮喘 ^{ぜんそく} ぜんそく | <input type="checkbox"/> 高血压 ^{こうけつあつしやう} 高血压症 |
| <input type="checkbox"/> 艾滋病 ^{エイズ} エイズ | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 ^{こうじょうせん びょうき} 甲状腺の病氣 | <input type="checkbox"/> 性病 ^{せいびょう} 性病 | <input type="checkbox"/> 其他 ^た その他 |

是否接受过手术治疗？^{しゅじゅつ ちゆう} 手術を受けたことがありますか

是 はい 否 いいえ

是否接受过输血？^{ゆけつ ちゆう} 輸血を受けたことがありますか

是 はい 否 いいえ

家族病史 ^{かぞく びょうれき} 家族の病歴

	年齢 ^{ねんれい} 年齢	健康 ^{けんこう} 健康	不健康 ^{けんこう} 健康ではない	遗传病 ^{いでんびょう} 遺伝病	高血压病 ^{こうけつあつ} 高血压	糖尿病 ^{とうようびょう} 糖尿病	癌症 ^{がん} がん
父亲 ^{ちち} 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母亲 ^{はは} 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟 ^{きょうだい} 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姐妹 ^{しまい} 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
丈夫 ^{おとこ} 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子女 ^{こども} 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

今后能否自带翻译来院就诊？^{こんご づうやく じぶん っ} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

是 はい 否 いいえ

<2/2ページ>

眼科问诊表

がんかもんしんひょう
眼科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合☑您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前 <small>なまえ なまえ</small>	<input type="checkbox"/> 男 男 <small>おとこ</small> <input type="checkbox"/> 女 女 <small>おんな</small>
出生年月日 生年月日 <small>せいねんがっぴ</small>	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日
住址 住所 <small>じゅうしょ</small>	电话 電話 <small>でんわ</small>
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか? <small>けんこうほけん</small>	<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 无 いいえ
国籍 国籍 <small>こくせき</small>	语言 言葉 <small>ごたば</small>

有何症状? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> 右眼 右眼 <small>みぎめ</small>	<input type="checkbox"/> 左眼 左眼 <small>ひだりめ</small>
<input type="checkbox"/> 双眼 両眼 <small>りょうめ</small>	<input type="checkbox"/> 流泪 涙が出る <small>なみだ</small>
<input type="checkbox"/> 眼睛疼痛 痛い <small>しん</small>	<input type="checkbox"/> 眼屎多 目やに <small>め</small>
<input type="checkbox"/> 眼内有摩擦感 ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> 肿块, 疖子 はれもの
<input type="checkbox"/> 重影 物が二重に見える <small>にじゅう</small>	<input type="checkbox"/> 视线模糊, 看不清 見えにくい <small>み</small>
<input type="checkbox"/> 畏光 まぶしい	<input type="checkbox"/> 眼内有异物 目に異物が入る
<input type="checkbox"/> 其他 その他	
何时开始的? それはいつからですか	
_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から	
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか <small>くすり たの</small>	
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <small>くすり</small> <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <small>たの</small> <input type="checkbox"/> 其他 その他	<input type="checkbox"/> 无 いいえ
是否正在服药? 現在飲んでる薬はありますか <small>けんざいの</small>	
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <small>も</small>	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか <small>にんしん</small>	
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 ヶ月 <small>かげつ</small>	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否正在哺乳 授乳中ですか <small>じゆにゅうちゆう</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか <small>ますい</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか <small>いまま</small>	
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <small>いちょう</small>	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <small>かんぞう</small>
<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気 <small>しんぞう</small>	<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <small>じんぞう</small>
<input type="checkbox"/> 结核病 結核 <small>けっかく</small>	<input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病 <small>とうりょうびょう</small>
<input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症 <small>こうけつあつしょう</small>
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気 <small>こうじょうせん</small>
<input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒 <small>ばいどく</small>	<input type="checkbox"/> 其他 その他
有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか <small>げんざいちりょう</small>	<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 无 いいえ
亲属中是否有眼病患者? 家族で目の病気の人がありますか <small>かぞく</small>	
<input type="checkbox"/> 有 いる → 哪一位 誰が _____ 何种眼疾 それはどんな病気ですか _____	
<input type="checkbox"/> 无 いない	
今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れて来ていただけますか <small>こんご</small>	
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	

耳鼻咽喉科問診表

じびいんこうかもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合 您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	____年 年 ____月 月 ____日 日	电话 電話	
住址 住所			
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍		语言 言葉	

有何症状? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 发烧(°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> 头重 頭が重い		
<input type="checkbox"/> 头痛 頭が痛い			
耳朵有何症状? 耳の症状			
<input type="checkbox"/> 右耳 右耳	<input type="checkbox"/> 左耳 左耳	<input type="checkbox"/> 双耳 両方	<input type="checkbox"/> 疼痛 耳が痛い
<input type="checkbox"/> 流脓水 耳だれ	<input type="checkbox"/> 耳鸣 耳なり	<input type="checkbox"/> 耳垢多 耳あか	<input type="checkbox"/> 头晕 めまい
<input type="checkbox"/> 听力减退 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> 耳朵闷堵感 耳がふさがった感じ		
鼻子有何症状? 鼻の症状			
<input type="checkbox"/> 鼻塞 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> 流涕 鼻がでる	<input type="checkbox"/> 打喷嚏 くしゃみ	<input type="checkbox"/> 流鼻血 鼻血
<input type="checkbox"/> 打鼾 いびき	<input type="checkbox"/> 嗅觉迟钝 においがわからない		
嗓子有何症状? のどの症状			
<input type="checkbox"/> 舌头痛 舌が痛い	<input type="checkbox"/> 咽喉疼痛 のどが痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せき	<input type="checkbox"/> 有痰 たん
<input type="checkbox"/> 咽喉部异物感 のどに何かある感じ		<input type="checkbox"/> 声音嘶哑 声がかれる	
<input type="checkbox"/> 吞咽困难 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> 面部, 颈部肿胀 顔・頸部(くび)の腫れ		
<input type="checkbox"/> 其他 その他			
何时开始的? それはいつからですか	____年 年 ____月 月 ____日 日から		
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ			
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → ____ 几个月 ヶ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
是否正在哺乳 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> 是 はい	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否饮酒? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> 是 はい → ____ 毫升/天 ml/日		<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否吸烟? たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 是 はい → ____ 支/天 本/日		<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい		<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过输血? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい		<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> 是 はい		<input type="checkbox"/> 否 いいえ
今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れて来てることができますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ			

口腔科问诊表

し か もんしんひょう
歯科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合 您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年

月 月

日 日

姓名 名前		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話	
住址 住所			
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍		语言 言葉	

有何症状? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 牙痛 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 填充物脱落 つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> 牙龈疼痛 歯ぐきが痛い	
<input type="checkbox"/> 治疗龋齿 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> 安装假牙 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 假牙坏了 入れ歯がこわれた	
<input type="checkbox"/> 牙齿矫正 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> 口腔检查 検診	<input type="checkbox"/> 去掉牙石, 牙垢 歯石・歯垢を取りたい	
<input type="checkbox"/> 口臭 口臭	<input type="checkbox"/> 其他 その他		
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ			
是否正在服药? 現在飲んでる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否拔过牙? 歯を抜いたことがありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 ヶ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
是否正在哺乳 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 结核病 結核	<input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病	<input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒	<input type="checkbox"/> 其他 その他
有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 无 いいえ
对治疗有何要求? 治療に対する希望			
<input type="checkbox"/> 治疗全部坏牙 悪いところは全て治したい			
<input type="checkbox"/> 仅治疗现在疼痛的牙 今痛い歯だけを治したい			
<input type="checkbox"/> 同意自费治疗 自費診療でもかまわない			
<input type="checkbox"/> 在保险范围内进行治疗 保険の範囲内で治したい			
<input type="checkbox"/> 与医生商量后决定 相談して決めたい			
今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れて来てくれますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ			