

# 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	



以前是否患过以下疾病？<sup>いま</sup>今までにかかった<sup>びょうき</sup>病氣はありますか

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

有没有正在治疗的疾病 <sup>げんざい ちりやう</sup> 現在治療している<sup>びょうき</sup>病氣はありますか  是 はい  否 いいえ

是否饮酒？ <sup>さけの</sup> お酒を飲みますか  是 はい → \_\_\_\_\_ 毫升/天 ml/日  否 いいえ

是否吸烟？ <sup>たばこ</sup> 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？ <sup>しゅじゆつ うち</sup> 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？ <sup>ますい なに</sup> 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？ <sup>こんご つうやく じぶん</sup> 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>