

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		<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"/> 右眼 右眼	<input type="checkbox"/> 左眼 左眼	<input type="checkbox"/> 双眼 両眼	<input type="checkbox"/> 流泪 涙が出る
<input type="checkbox"/> 眼睛疼痛 痛い	<input type="checkbox"/> 眼屎多 目やに	<input type="checkbox"/> 肿块, 疖子 はれもの	
<input type="checkbox"/> 眼内有摩擦感 ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> 视线模糊, 看不清 見えにくい	<input type="checkbox"/> 眼内有异物 目に異物が入る	
<input type="checkbox"/> 重影 物が二重に見える	<input type="checkbox"/> 畏光 まぶしい	<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 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
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
亲属中是否有眼病患者? 家族で目の病気の人がいますか			
<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ることができますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ			