

# 外科問診表

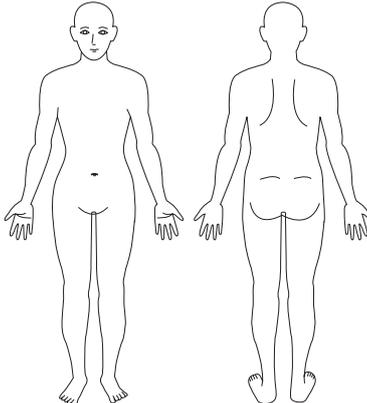
げ か もんしんひょう  
外科問診票

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？  
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〉