

# 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 <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>せいねんがっぴ</small>	年 年 <small>ねん</small>	月 月 <small>がつ</small>	日 日 <small>にち</small>	电话 電話 <small>でんわ</small>
住址 住所 <small>じゅうしょ</small>				
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか? <small>けんこうほけんも</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"/> 发烧( °C) 熱がある <small>ねつ</small>	<input type="checkbox"/> 头重 頭が重い <small>あたま おも</small>
<input type="checkbox"/> 头痛 頭が痛い <small>あたま いた</small>	
耳朵有何症状? 耳の症状 <small>みみ しょうじょう</small>	
<input type="checkbox"/> 右耳 右耳 <small>みぎみみ</small>	<input type="checkbox"/> 左耳 左耳 <small>ひだりみみ</small>
<input type="checkbox"/> 双耳 両方 <small>りょうほう</small>	<input type="checkbox"/> 疼痛 耳が痛い <small>みみ いた</small>
<input type="checkbox"/> 流脓水 耳だれ <small>みみ だれ</small>	<input type="checkbox"/> 耳鸣 耳なり <small>みみ なり</small>
<input type="checkbox"/> 耳垢多 耳あか <small>みみ あか</small>	<input type="checkbox"/> 头晕 めまい
<input type="checkbox"/> 听力减退 聞こえが悪い <small>きこえ がわるい</small>	<input type="checkbox"/> 耳朵闷堵感 耳がふさがった感じ <small>みみ がふさがった かんじ</small>
鼻子有何症状? 鼻の症状 <small>はな しょうじょう</small>	
<input type="checkbox"/> 鼻塞 鼻がつまる <small>はな がつまる</small>	<input type="checkbox"/> 流涕 鼻がでる <small>はな がでる</small>
<input type="checkbox"/> 打喷嚏 くしゃみ	<input type="checkbox"/> 流鼻血 鼻血 <small>はなぢ</small>
<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 <small>のど しょうじょう</small>	
<input type="checkbox"/> 舌头痛 舌が痛い <small>した いた</small>	<input type="checkbox"/> 咽喉疼痛 のどが痛い <small>のど が痛い</small>
<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 <small>のど に何か ある かんじ</small>	<input type="checkbox"/> 声音嘶哑 声がかれる <small>こゑ がかれる</small>
<input type="checkbox"/> 吞咽困难 飲み込みにくい <small>のみ みにくい</small>	<input type="checkbox"/> 面部, 颈部肿胀 顔・頸部(くび)の腫れ <small>かお けいぶ</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 <small>た</small>	<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>けんざいの 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 かのうせい</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>じゅにゅうちゅう</small>	
<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 <small>さけ の</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい → 毫升/天 ml/日 <small>ひ</small>
<input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否吸烟? たばこを吸いますか <small>す</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい → 支/天 本/日 <small>ほん ひ</small>
<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>しゅじゅつ う</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>じゅけつ 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 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 つ</small>	
<input type="checkbox"/> 是 はい	<input type="checkbox"/> 否 いいえ