

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 名前</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 生年月日</small>	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話 <small>でんわ 電話</small>	
住址 住所 <small>じゅうしょ 住所</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 も</small>	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍 <small>こくせき 国籍</small>		语言 言葉 <small>ごたば 言葉</small>	

有何症状? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> 失眠 眠れない <small>ねむ 眠れない</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 や パニック 発作</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 周りに 人が いないのに 声が 聞こえる</small>
<input type="checkbox"/> 抑郁 気分 <small>うつ 気分</small>	<input type="checkbox"/> 没有精神 元気がない <small>ないうちげん 元気がない</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 み ら れ て い る 気 が す る</small>	<input type="checkbox"/> 精神亢奋 元気が良すぎる <small>げんしん 亢奮 元気が良すぎる</small>
<input type="checkbox"/> 意识丧失(晕厥) 意識がなくなる <small>いしき 喪失(晕厥) 意識がなくなる</small>	<input type="checkbox"/> 自杀倾向 死にたい <small>じくさ 傾向 死にたい</small>
<input type="checkbox"/> 好激动, 爱兴奋 興奮しやすい <small>こうきどう, あい 興奮しやすい</small>	<input type="checkbox"/> 施暴 暴力をふるう <small>せぼう 暴力をふるう</small>
<input type="checkbox"/> 其他 その他 <small>た 他</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 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <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 関係</small>	<input type="checkbox"/> 家属 家族 <input type="checkbox"/> 朋友 友人 <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 じゆしん</small>	
<input type="checkbox"/> 本人 本人 <input type="checkbox"/> 家属 家族 <input type="checkbox"/> 朋友 友人 <input type="checkbox"/> 警察 警察 <input type="checkbox"/> 工作单位的人 勤務先の人 <small>ほんにん 本人 家族 友人 警察 勤務先の人</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 じゆしん もくてき なん</small>	
<input type="checkbox"/> 接受诊断 診断 <small>しゅじゆん 診断</small>	<input type="checkbox"/> 开诊断书 診断書 <small>しんたんしよ 診断書</small>
<input type="checkbox"/> 治疗 治療 <small>ちりやう 治療</small>	<input type="checkbox"/> 住院 入院 <small>にゅういん 入院</small>
<input type="checkbox"/> 请开介绍信 紹介 <small>しやうかい 紹介</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>じゆにゅうちゆう 授乳中ですか</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 ちりやうちゆう びやうき</small>	
<input type="checkbox"/> 是 はい → 医疗机关名称 医療機関名 <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 ^{そううつびやう} 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>