

CHIRURGIE

げ か もんしんひょう
外科問診票

Deutsch
ドイツ語

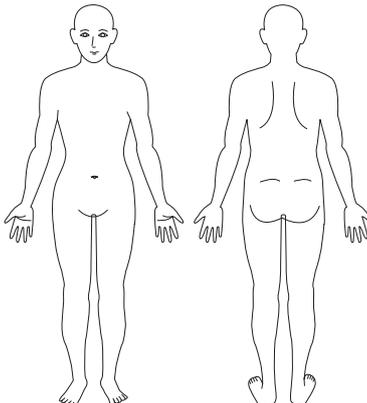
Bitte alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

ねん
Jahr 年

がつ
Monat 月

にち
Tag 日

Name 名前	<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日 Tel 電話
Anschrift 住所	
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Staatsangehörigkeit 国籍	Sprache 言葉

Grund des Arztbesuchs どうしましたか	Bitte kreisen Sie das betroffene Teil ein. 症状のあるところに丸をしてください
<input type="checkbox"/> Fieber(°C) 熱がある <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen お腹が痛い <input type="checkbox"/> Wunde けが <input type="checkbox"/> Verbrennung やけど <input type="checkbox"/> Knoten しこり <input type="checkbox"/> gelähmt しびれ <input type="checkbox"/> verzogen/verdr ひねった <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme 体重が減っている <input type="checkbox"/> Jucken かゆい <input type="checkbox"/> Gallenstein 胆石 <input type="checkbox"/> geschwollen 腫れ <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden 痔 <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl 血便 <input type="checkbox"/> Hals(Schilddrüse) のど(甲状腺) <input type="checkbox"/> Leistenbruch(Hernie) 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> Sonstiges その他 <hr/> <input type="checkbox"/> Nacken 首 <input type="checkbox"/> Lunge 肺 <input type="checkbox"/> Brust 乳房 <input type="checkbox"/> Bauch 胃 <input type="checkbox"/> Nabel へそ <input type="checkbox"/> Darm 腸	
Seit wann? それはいつからですか	
_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から	
Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Ja はい → <input type="checkbox"/> Medikamente 薬 <input type="checkbox"/> Lebensmittel 食べ物 <input type="checkbox"/> Sonstiges その他 <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ Monat ヶ月 <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Nierenkrankheiten 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Tuberkulose 結核 <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> Asthma ぜんそく <input type="checkbox"/> Bluthochdruck 高血圧症 <input type="checkbox"/> AIDS エイズ <input type="checkbox"/> Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Syphilis 梅毒 <input type="checkbox"/> Sonstiges その他	
Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Hatten Sie schon Bluttransfusionen? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Wenn Sie einen Empfehlungsbrief haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen: 紹介状のある方だけ書いてください	
Haben Sie Röntgenfilme bei sich? レントゲンフィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Haben Sie Endoskopiefilme bei sich? 内視鏡フィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? こんご づうやく しぶん づ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Ja はい

Nein いいえ

〈2/2ページ〉