

HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE

じびいんこうかもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

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

Jahr 年

Monat 月

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			
<input type="checkbox"/> Fieber(°C) 熱がある			
<input type="checkbox"/> schwerer Kopf 頭が重い		<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen 頭が痛い	
Ohr 耳の症状			
<input type="checkbox"/> rechts 右	<input type="checkbox"/> links 左	<input type="checkbox"/> beide Seiten 両方	<input type="checkbox"/> Ohrenscherzen 耳が痛い
<input type="checkbox"/> Ohrenfluß 耳だれ	<input type="checkbox"/> Ohrensausen 耳なり	<input type="checkbox"/> Ohrenschmalz 耳あか	<input type="checkbox"/> Schwindelgefühl めまい
<input type="checkbox"/> Schwerhörig 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> Ohrenverstopfung 耳がふさがった感じ		
Nase 鼻の症状			
<input type="checkbox"/> Nasenverstopfung 鼻がつまる		<input type="checkbox"/> Nasenschleim 鼻がでる	<input type="checkbox"/> Niesen くしゃみ
<input type="checkbox"/> Nasenbluten 鼻血	<input type="checkbox"/> Schnarchen いびき	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigung des Geruchssinnes においがわからない	
Hals のどの症状			
<input type="checkbox"/> Zungenschmerzen 舌が痛い		<input type="checkbox"/> Halsschmerzen のどが痛い	<input type="checkbox"/> Husten せき
<input type="checkbox"/> Schleim たん	<input type="checkbox"/> Gefühl, als sei etwas im Hals のどに何かある感じ		<input type="checkbox"/> Heiserkeit 声がかれる
<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden 飲み込みにくい		<input type="checkbox"/> Schwellgefühl im Gesicht/Hals 顔・頸部(くび)の腫れ	
<input type="checkbox"/> Sonstiges その他			
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 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	
Trinken Sie Alkohol? お酒を飲みますか		<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ ml/Tag ml/日	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Rauchen Sie? たばこを吸いますか		<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ Stück/Tag 本/日	<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
Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい		<input type="checkbox"/> Nein いいえ	