

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"/> Halsschmerzen のどが痛い	<input type="checkbox"/> Husten せき	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen 頭が痛い	
<input type="checkbox"/> Brustschmerzen 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Ausschlag 発疹	<input type="checkbox"/> Herzklopfen 動悸	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit 息切れ	
<input type="checkbox"/> Schwellung むくみ	<input type="checkbox"/> Schwindel めまい	<input type="checkbox"/> Druckgefühl auf der Brust 胸が苦しい		
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen お腹が痛い	<input type="checkbox"/> Magenschmerzen 胃が痛い	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck 高血圧	<input type="checkbox"/> Lähmung しびれ	
<input type="checkbox"/> Durst 口が渇く	<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme 体重が減っている	<input type="checkbox"/> viel Luft im Bauch お腹が張る		
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit 食欲がない	<input type="checkbox"/> Erbrechen 嘔吐	<input type="checkbox"/> Übelkeit 吐き気	<input type="checkbox"/> Durchfall 下痢	
<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl 血便	<input type="checkbox"/> Müdigkeit だるい	<input type="checkbox"/> leicht ermüdbar 疲れやすい	<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 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	
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		