

内科 问诊表 / 内科 問診票

请在符合的项目上打勾。 / あてはまるものにチェックしてください。

患者姓名 / 患者氏名	/漢字 /yingyu	日期 / 日付	年 月 日
出生日期 / 生年月日	年 月 日	性別 / 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身高·体重 / 身長·体重		年齢 / 年齢	周岁 / 歳
语言 / 言語	<input type="checkbox"/> 中文 / 中国語 <input type="checkbox"/> 其他 / その他()		
请问有什么症状? / どのような症状ですか?			
<input type="checkbox"/> 头痛 / 頭が痛い	<input type="checkbox"/> 头晕 / めまい	<input type="checkbox"/> 口干 / 口が渇く	
<input type="checkbox"/> 喉咙痛 / のどが痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 / せき	<input type="checkbox"/> 心悸 / 動悸	
<input type="checkbox"/> 胸痛 / 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 胸闷 / 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> 胃痛 / 胃が痛い	
<input type="checkbox"/> 恶心 / 吐き気	<input type="checkbox"/> 呕吐 / 嘔吐	<input type="checkbox"/> 气喘 / 息切れ	
<input type="checkbox"/> 腹泻 / 下痢	<input type="checkbox"/> 腹胀 / おなかが張る	<input type="checkbox"/> 腹痛 / おなかが痛い	
<input type="checkbox"/> 便血 / 血便	<input type="checkbox"/> 发烧 / 熱がある	<input type="checkbox"/> 皮疹 / 発しん	
<input type="checkbox"/> 高血压 / 高血圧	<input type="checkbox"/> 失眠 / 眠れない	<input type="checkbox"/> 乏力 / だるい	
<input type="checkbox"/> 容易疲倦 / 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 体重下降 / 体重が減っている		
<input type="checkbox"/> 震颤 / 发抖 / 身体がふるえる (<input type="checkbox"/> 不由自主 / 勝手に動く <input type="checkbox"/> 冷感 / 寒い)	<input type="checkbox"/> 没有食欲 / 食欲がない		
<input type="checkbox"/> 全身浮肿 / 全身にむくみがある	<input type="checkbox"/> 身体某些部位浮肿 / 体の一部にむくみがある		
<input type="checkbox"/> 肿胀 / 腫れがある	<input type="checkbox"/> 麻痹 / しびれ	<input type="checkbox"/> 其他 / その他()	
发病时间 / それはいつからですか?			
从 年/年 月/月 日/日 开始 / ごろから			
现在有正在治疗的疾病吗? / 現在治療している病気はありますか?			
<input type="checkbox"/> 有 / はい(病名 / 病名:)			
<input type="checkbox"/> 无 / いいえ			
有没有因为药物或食品过敏? / 薬や食べ物でアレルギーがでますか?			
<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()			
现在有正在服用的药物吗? / 現在飲んでいる薬はありますか?			
<input type="checkbox"/> 有 / はい → 如有携带, 请出示 / 持っていれば見せてください			
<input type="checkbox"/> 无 / いいえ			
到现在为止, 有得过的病吗? / 今までにかかった病気はありますか?			
<input type="checkbox"/> 胃肠道疾病 / 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝病 / 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 / 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> 肾脏疾病 / 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> 呼吸系统疾病 / 呼吸器の病気	<input type="checkbox"/> 血液病 / 血液の病気	
<input type="checkbox"/> 神经系统疾病 / 脳・神経系の病気	<input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 / 癌		
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 / 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 糖尿病 / 糖尿病	<input type="checkbox"/> 其他 / その他	
发病年龄 / それは何歳の時ですか?			
岁 / 歳			
吸烟吗? / たばこを吸いますか?			
<input type="checkbox"/> 吸 / 吸う →	现在 / 現在:	支/天 / 本/日	吸烟史 / 喫煙歴 年/年:
<input type="checkbox"/> 以前吸过 / 以前吸っていた →	过去 / 過去:	支/天 / 本/日	吸烟史 / 喫煙歴 年/年
喝酒吗? / お酒を飲みますか?			
<input type="checkbox"/> 喝 / はい →	_____ 毫升/天 / ml/日		<input type="checkbox"/> 不喝 / いいえ
接受过手术吗? / 手術を受けたことがありますか?			
<input type="checkbox"/> 有 / はい <input type="checkbox"/> 无 / いいえ			
手术时间 / いつごろですか?			
_____年 / 年 _____月 / 月 (手术名称 / 手術名:)			
您现在是否妊娠中或有可能妊娠? / 妊娠していますか、またその可能性はありますか?			
<input type="checkbox"/> 是 / はい → _____个月 / ヶ月 <input type="checkbox"/> 不清楚 / わからない <input type="checkbox"/> 否 / いいえ			
是否在哺乳期? / 授乳中ですか?			
<input type="checkbox"/> 是 / はい <input type="checkbox"/> 否 / いいえ			