

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			