

# 内科问診表

ない か もんしんひょう  
内科問診票

中文  
ちゅうごくご  
中国語

请在符合☑ 您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年

月 月

日 日

姓名 名前		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話	
住址 住所			
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 没有 いいえ	
国籍 国籍		语言 言葉	

有何症状? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 发烧( °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> 嗓子痛 のどが痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せき	<input type="checkbox"/> 头痛 頭が痛い
<input type="checkbox"/> 胸痛 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 出疹子 発しん	<input type="checkbox"/> 心悸, 心慌 動悸	<input type="checkbox"/> 气短 息切れ
<input type="checkbox"/> 浮肿 むくみ	<input type="checkbox"/> 头晕 めまい	<input type="checkbox"/> 胸闷 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> 腹痛 お腹が痛い
<input type="checkbox"/> 胃痛 胃が痛い	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧	<input type="checkbox"/> 麻木 しびれ	<input type="checkbox"/> 口干 口が渇く
<input type="checkbox"/> 体重减轻 体重が減っている	<input type="checkbox"/> 腹胀 お腹が張る	<input type="checkbox"/> 食欲不振 食欲がない	
<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐	<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気	<input type="checkbox"/> 腹泻 下痢	<input type="checkbox"/> 血便 血便
<input type="checkbox"/> 浑身无力 だるい	<input type="checkbox"/> 易疲倦 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 其他 その他	
何时开始的? それはいつからですか			
_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から			
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<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 <input type="checkbox"/> 无 いいえ			
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
现在是否正在怀孕或可能怀孕 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 → _____ 几个月 ヶ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
是否正在哺乳 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 结核病 結核	<input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病	<input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒	<input type="checkbox"/> 其他 その他
有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过输血? 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
今后能不能自己带翻译? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ			