

KIRURGIJA

ない か もんしんひょう
内科問診票

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"/> 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			