

耳鼻喉科 问诊表/耳鼻咽喉科 問診票

患者姓名 /患者氏名				BT=	℃	
出生年月日(公历) /生年月日(西曆)	年/年	月/月	日/日	医疗机构填写处 /医療機関記入欄	PR=	/分
	(岁/歳)				BP=	mmHg
					RR=	/分
					SPO2=	%
身高、体重 / 身長・体重	厘米/cm	公斤/kg	性别/性別	<input type="checkbox"/> 男/男性	<input type="checkbox"/> 女/女性	
有无过敏 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 食物/食べ物： <input type="checkbox"/> 药/薬：					

今天您想就诊哪个部位？
/今日はどの部位を診察ご希望ですか。

- 耳朵/耳 右/右 左/左 双方/両方
 鼻/鼻 右/右 左/左 双方/両方
 喉咙/のど

在“耳朵”上划勾的患者，有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）
/「耳」に☑された方はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）

- 耳鸣 / 耳鳴り 耳朵疼 / 耳が痛い 耳聋 / 難聴 耳漏 / 耳だれ 耳朵有闭塞的感觉 / 耳閉感
 头晕/めまい 有东西进入了耳朵 / 耳に物が入った * 请填写耳朵里进入了什么东西 / 耳に入ったものを書いてください：
 其他医疗机构建议就诊（包括体检）/他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む） 其他/その他：

在“鼻子”上划勾的患者，有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）
/「鼻」に☑された方はどのような症状がありますか（複数ある方は複数☑してください。）

- 鼻血/鼻血 鼻涕/鼻水 无法识别气味 / においがわからない 鼻塞 / 鼻づまり 喷嚏/くしゃみ 鼾声/いびき
 异臭/異臭 东西进入了鼻子里 / 鼻に物が入った *请填写鼻子里进入了什么东西 / 鼻に入ったものを書いてください
 其他医疗机构建议就诊（包括体检）/他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む） 花粉症/花粉症 其他/その他：

在“喉咙”上划勾的患者，有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）
/「のど」に☑された方はどのような症状がありますか（複数ある方は複数☑してください。）

- 口腔溃疡/口内炎 喉咙里出血/喉から血が出る 吞咽困难 / 飲み込みにくい 声音嘶哑 / 声がかれる 舌头疼 / 舌が痛い 喉咙疼 / のどが痛い
 脸、颈部肿胀/顔・首の腫れ 味觉异常/味覚異常 咳嗽/咳 痰/痰
 喉咙有东西卡着 / 喉に物が引っかかっている *请填写卡在喉咙里的东西 / 喉に引っかかっているものを書いてください 喉咙好像有东西堵的感觉 / 喉に物が詰まった感じ
 其他医疗机构建议就诊（包括体检）/他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む） 其他/その他：

该症状是从什么时候开始的？
/この症状はいつからありますか。

从 _____ 年/年 _____ 月/月 _____ 日/日 上午/午前、下午/午後 _____ 点/時 _____ 分左右开始/分ごろから

什么时候出现症状？
/症状はどのような時に現れますか。

- 早晨/朝 中午/昼 傍晚/夕方 起床时/起床時 睡眠时/就寝中 不定期/不定期 其他/その他

症状具有怎样的特征？
/症状はどのような性質を持っていますか。

- 不间断地、一直持续着/絶え間なく、続いている 症状时有时无/症状が出たり、消えたりしている
 渐渐地变严重了/徐々にひどくなっている 其他/その他

目前是否有在服用的药物？*包括维生素、营养剂和保健品。
/現在、飲んでる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- 否/いいえ 是/はい *携带药物或“用药手册”的患者，请出示 / お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方		药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

以前是否动过手术？
/今までに手術をしたことがありますか。

- 否/いいえ 是/はい →在“是”上划勾的患者，请在下面填写手术史
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

疾病名称 /疾患名	手术名称 /手術名	手术时期 /手術をした時期	实施手术的医疗机构 /手術をした医療機関

*如果忘了具体的手术日期，可以填写“年龄”、“手术年份”。
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

是否有吸烟的习惯？
/習慣的に、たばこを吸いますか？

- 否/いいえ 是/はい 以前吸过/以前吸っていた

吸烟量/喫煙量	吸烟期间/喫煙期間	戒烟年份 /喫煙をやめた年
_____支/天/本/日	_____年/年	_____年/年_____月/月

*目前还在继续吸烟的患者，不需填写戒烟年份。
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

是否有饮酒的习惯？
/習慣的にお酒を飲みますか？

- 否/いいえ 是/はい 以前有饮酒的习惯/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> 啤酒/ビール	_____ml /天/日	<input type="checkbox"/> 威士忌/ウイスキー	_____ml /天/日
<input type="checkbox"/> 清酒/日本酒	_____ml /天/日	<input type="checkbox"/> 葡萄酒/ワイン	_____ml /天/日
<input type="checkbox"/> 其他/その他	_____ml /天/日		

仅限于女性回答。是否在怀孕，或者有怀孕的可能？
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか？

- 否/いいえ 是/はい 不知道/わからない

目前是否在哺乳？
/現在、授乳中ですか？

- 否/いいえ 是/はい

如在就诊时有以下的要求，请划勾。
/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- 请事先告诉医疗费的大概金额 /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
 如有翻译时，请派翻译/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
 其他/その他：