

患者氏名：

患者 ID：

呼吸科 问诊表/呼吸器科 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		日期/ 日付	年 月 日 / 年 / 月 / 日
出生日期/ 生年月日	年/ 年 月/ 月 日/ 日	性别/ 性別	<input type="checkbox"/> 男/ 男 <input type="checkbox"/> 女/ 女
身高・体重/ 身長・体重	厘米/ cm 公斤/ kg	年龄/ 年齢	周岁/ 歳
语言/ 言語		国籍/ 国籍	

生活状况/ 生活状況

- 有需要护理的家属/ 介護しなければならない家族がいる 有幼儿/ 幼い子どもがいる
老年人家庭/ 高齢者世帯 独居/ 独居 单亲母亲家庭/ 母子家庭
其他/ その他 ()

职业/ 職業

- 全职/ 常勤雇用 小时工/ パートタイム 个体工商户/ 自営業
退休/ 退職 无业/ 無職

请问有什么症状? / どのような症状ですか?

- 发烧/ 熱がある 疼痛/ 痛い 胸闷/ 胸が重たい
心悸/ 動悸 呼吸急促/ 呼吸が速い 呼吸困难/ 息苦しい
咳嗽/ せきがでる 咳痰/ 痰がでる
头晕/めまい 其他/ その他 ()

什么时候出现症状? / どんな時に症状がありますか?

- 早晨/ 朝 中午/ 昼 傍晚/ 夕方
晚上/ 晩 不定时/ 不定期 突发/ 突然
经常/ いつも 逐渐/ 徐々に 活动后/ 動くと
疲劳时/ 疲労を感じたとき 睡眠中/ 就寝中 起床时/ 起床時
坐下后症状缓解/ 座ると楽になる 用餐时/ 食事中
无规律/ 特に決まっていない 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?

- 有/ はい (病名/ 病名: _____)
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?

- 有/ はい → 药物/ 薬 食物/ 食べ物 其他/ その他 ()
无/ いいえ

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?

- 有/ はい → 如有携带, 请出示/ 持っていれば見せてください
无/ いいえ

*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

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？

- 胃肠道疾病/ 胃腸の病気 肝病/ 肝臓の病気 心脏病/ 心臓の病気
 肾脏疾病/ 腎臓の病気 呼吸系统疾病/ 呼吸器の病気 血液病/ 血液の病気
 神经系统疾病/ 脳・神経系の病気 恶性肿瘤/ 癌 甲状腺疾病/ 甲状腺の病気
 糖尿病/ 糖尿病 曾被确诊为慢性呼吸系统疾病/ 慢性呼吸器疾患と診断されたことがある
 曾被确诊为心脏病/ 心臓の病気と診断されたことがある 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？

- 吸/ 吸う → 现在/ 現在： ____ 支/天/ 本/日 吸烟史/ 喫煙歴： __ 年/年
 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
 不吸/ 吸わない

喝酒吗？ / お酒を飲みますか？

- 喝/ はい → _____ 毫升/天/ ml/日 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？

- 有/ はい 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： _____)

接受过麻醉吗？ / 麻酔を受けたことがありますか？

- 有/ はい → 全身麻醉/ 全身麻酔 局部麻醉/ 局所麻酔
 无/ いいえ

出现过麻醉后不良反应吗？ / 麻酔をして何かトラブルがありましたか？

- 有/ はい 无/ いいえ

输过血吗？ / 輸血を受けたことがありますか？

- 有/ はい 无/ いいえ

出现过输血后不良反应吗？ / 輸血をして何かトラブルがありましたか？

- 有/ はい 无/ いいえ

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？

- 是/ はい → ____ 个月/ ヶ月 不清楚/ わからない 否/ いいえ

是否在哺乳期？ / 授乳中ですか？

- 是/ はい 否/ いいえ

以后是否能自己带翻译来？ / 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？

- 是/ はい 否/ いいえ