

患者氏名：
患者 ID：

消化科 问诊表/消化器科 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	年齢/ 年齢 周岁/ 歳
语言/ 言語	国籍/ 国籍	

生活状况/ 生活状況

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

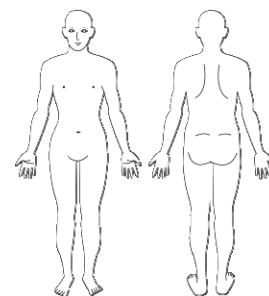
职业/ 職業

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全职/ 常勤雇用 | <input type="checkbox"/> 小时工/ パートタイム | <input type="checkbox"/> 个体工商户/ 自営業 |
| <input type="checkbox"/> 退休/ 退職 | <input type="checkbox"/> 无业/ 無職 | |

出现症状的部位/ どの部位の症状ですか？

请在出现症状的部位上画圈

/ 症状のあるところに丸をしてください。



请问有什么症状？ / どのような症状ですか？

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 锐痛/ 鋭い痛み | <input type="checkbox"/> 钝痛/ 鈍い痛み | <input type="checkbox"/> 发热/ 熱がある |
| <input type="checkbox"/> 恶心/ 吐き気 | <input type="checkbox"/> 呕吐/ 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 呕血/ 吐血 |
| <input type="checkbox"/> 暖气/ 打嗝/ げっぷ | <input type="checkbox"/> 腹胀/ お腹が張る | <input type="checkbox"/> 便秘/ 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 腹泻/ 下痢 | <input type="checkbox"/> 便血/ 下血 | <input type="checkbox"/> 浮肿/ むくむ |
| <input type="checkbox"/> 没有食欲/ 食欲がない | <input type="checkbox"/> 吞咽困难/ 食べ物がつかえる | <input type="checkbox"/> 烧心/ 胸焼けする |
| <input type="checkbox"/> 大便颜色/ 便の色 (<input type="checkbox"/> 褐色/ 茶 <input type="checkbox"/> 红色/ 赤 <input type="checkbox"/> 黑色/ 黒 <input type="checkbox"/> 白色/ 白) | | <input type="checkbox"/> 其他/ その他 () |
| <input type="checkbox"/> 饮酒后呕血/ 飲酒のあとに血を吐いた | | |

什么时候出现症状？ / どんな時に症状がありますか？

- | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 早晨/ 朝 | <input type="checkbox"/> 中午/ 昼 | <input type="checkbox"/> 傍晚/ 夕方 |
| <input type="checkbox"/> 晚上/ 晩 | <input type="checkbox"/> 不定时/ 不定期 | <input type="checkbox"/> 突发/ 突然 |
| <input type="checkbox"/> 经常/ いつも | <input type="checkbox"/> 逐渐/ 徐々に | <input type="checkbox"/> 活动后/ 動くと |
| <input type="checkbox"/> 疲劳时/ 疲労を感じたとき | <input type="checkbox"/> 睡眠中/ 就寝中 | <input type="checkbox"/> 用餐时/ 食事中 |
| <input type="checkbox"/> 起床时/ 起床時 | <input type="checkbox"/> 空腹时/ 空腹時 | <input type="checkbox"/> 饱餐后/ 満腹時 |
| <input type="checkbox"/> 无规律/ 特に決まっていない | <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

*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

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

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 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