

患者氏名：
患者 ID：

外科 问诊表/外科 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

- | | |
|---|--|
| <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 |

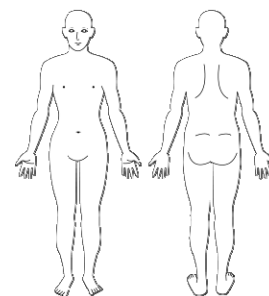
职业/ 職業

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <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。



腹部的症状/ 腹部の症状

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 疼痛/ 痛い | <input type="checkbox"/> 肿胀/ 腫れ | <input type="checkbox"/> 包块/ しこり |
| <input type="checkbox"/> 出血/ 出血 | <input type="checkbox"/> 其他/ その他 () | |

胸部的症状/ 胸部の症状

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 疼痛/ 痛い | <input type="checkbox"/> 肿胀/ 腫れ | <input type="checkbox"/> 包块/ しこり |
| <input type="checkbox"/> 出血/ 出血 | <input type="checkbox"/> 其他/ その他 () | |

其他症状/ その他の症状

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 疼痛/ 痛い | <input type="checkbox"/> 肿胀/ 腫れ | <input type="checkbox"/> 包块/ しこり |
| <input type="checkbox"/> 出血/ 出血 | <input type="checkbox"/> 扭伤/ ひねった | <input type="checkbox"/> 外伤/ けが |
| <input type="checkbox"/> 浮肿/ むくみ | <input type="checkbox"/> 瘙痒/ かゆい | <input type="checkbox"/> 乳房胀/ 乳房が張る |
| <input type="checkbox"/> 发热/ 熱がある | <input type="checkbox"/> 烧伤/ やけど | <input type="checkbox"/> 麻痹/ しびれ |
| <input type="checkbox"/> 腹泻/ 下痢 | <input type="checkbox"/> 痔疮/ 痔 | <input type="checkbox"/> 便血/ 血便 |
| <input type="checkbox"/> 体重下降/ 体重が減っている | <input type="checkbox"/> 胆石症/ 胆石 | <input type="checkbox"/> 疝/ 脱肠/ 脱腸 (ヘルニア) |
| <input type="checkbox"/> 咽喉(甲状腺)/ のど (甲状腺) | <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过？ / 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