

患者氏名：
患者 ID：

骨科 问诊表/整形外科 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

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

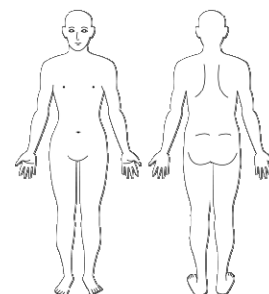
职业/ 職業

- 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

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？

- 疼痛/ 痛い 发热/ 熱がある 肿胀/ はれもの
瘙痒/ かゆい 麻痹/ しびれ 包块/ しこり
烧伤/ やけど 外伤/ けが 扭伤/ ひねった
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 用餐时/ 食事中
起床时/ 起床時 无规律/ 特に決まっていない 安静时/ 安静にしているとき
活动中/ 動かすとき 步行中/ 歩行時
按压时/ 押したとき 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

*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

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