

患者氏名：

患者 ID：

眼科 问诊表/眼科 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

出现症状的部位/ どの部位の症状ですか？

- 右眼/ 右眼 左眼/ 左眼 双眼/ 両眼

请问有什么症状？ / どのような症状ですか？

- 眼内疼痛/ 眼の奥の痛み 视物不清/ 見えにくい 眼分泌物/ 目やに
瘙痒/ かゆい 肿胀/ はれもの 眼睛模糊/ 目がしょぼしょぼする
眼睛干涩/ 目が乾燥する 眼内异物感/ ごろごろする 视物变形/ 物がゆがんで見える
视物重影/ 物が二重に見える 眼睛疲劳/ 目が疲れる 眩光/ 畏光/ まぶしい
流泪/ 涙が出る 头痛/ 頭痛 恶心/ 吐き気がある
充血/ 充血 视野变窄/ 視野が狭くなってきた
眼睑或眼周围痛/ まぶた又は目の周りが痛い 在暗处感觉出现象烟花一样的亮光/ 暗いところで火花のような光が出る感じがする
飞蚊症/ 黒い点や蚊のようなものが見える 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

亲属中有患眼病的人吗？ / 家族で目の病気の人がいますか？

- 有/ いる → 和本人关系/ 誰が: _____ 病名/ それはどんな病気ですか: _____
无/ いない

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

*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？

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胃肠道疾病/ 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> 肝病/ 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> 心脏病/ 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> 肾脏疾病/ 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> 呼吸系统疾病/ 呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> 血液病/ 血液の病気 |
| <input type="checkbox"/> 神经系统疾病/ 脳・神経系の病気 | | <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤/ 癌 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病/ 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> 糖尿病/ 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 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？

- | | | |
|---|----------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 吸/ 吸う → | 现在/ 現在： ____支/天/ 本/日 | 吸烟史/ 喫煙歴： __年/年 |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 不吸/ 吸わない | | |

喝酒吗？ / お酒を飲みますか？

- | | | |
|----------------------------------|----------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喝/ はい → | ____毫升/天/ ml/日 | <input type="checkbox"/> 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？

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有/ はい | <input type="checkbox"/> 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？

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有/ はい → | <input type="checkbox"/> 全身麻醉/ 全身麻酔 | <input type="checkbox"/> 局部麻醉/ 局所麻酔 |
| <input type="checkbox"/> 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？

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有/ はい | <input type="checkbox"/> 无/ いいえ |
|--------------------------------|---------------------------------|

输过血吗？ / 輸血を受けたことがありますか？

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有/ はい | <input type="checkbox"/> 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？

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有/ はい | <input type="checkbox"/> 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？

- | | | | |
|----------------------------------|------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 是/ はい → | ____个月/ ヶ月 | <input type="checkbox"/> 不清楚/ わからない | <input type="checkbox"/> 否/ いいえ |
|----------------------------------|------------|-------------------------------------|---------------------------------|

是否在哺乳期？ / 授乳中ですか？

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 是/ はい | <input type="checkbox"/> 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？

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 是/ はい | <input type="checkbox"/> 否/ いいえ |
|--------------------------------|---------------------------------|