

患者氏名：

患者 ID：

## 耳鼻咽喉科 问诊表/耳鼻咽喉科 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<br>/ 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

## 你哪里不舒服? / どうしましたか?

- 发热/ 熱がある 头重/ 頭が重い 头痛/ 頭が痛い  
呼吸困难/ 息苦しい 花粉症/ 花粉症 其他/ その他 ( )

## 耳朵的症状/ 耳の症状

- 右耳/ 右 左耳/ 左 双耳/ 両方  
出血/ 血がでる 耳鸣/ 耳なり 耳朵液体分泌物/ 耳だれ  
耳垢/ 耳あか 听力下降/ 聞こえが悪い 耳塞/ 耳がつまる  
耳朵痛/ 耳が痛い 耳内堵塞感/ 耳がふさがった感じ 头晕/ めまい  
其他/ その他 ( )

## 鼻子的症状/ 鼻の症状

- 出血/ 血がでる 流鼻涕/ 鼻がでる 打呼噜/ いびき  
嗅不到气味/ においがわからない 感觉有异味/ 異臭がする 打喷嚏/ くしゃみ  
鼻塞/ 鼻がつまる 其他/ その他 ( )

## 咽喉的症状/ のどの症状

- 出血/ 血がでる 声音沙哑/ 声がかれる 干渴/ 喉が渇く  
舌头痛/ 舌が痛い 吞咽困难/ 飲み込みにくい 咳痰/ たん  
口腔溃疡/ 口内炎 味觉异常/ 味がおかしいと感じる 咽喉痛/ のどが痛い  
脸部、颈部肿胀/ 顔・頸部(くび)の腫れ 咳嗽/ せき  
咽喉有异物感/ のどに何かある感じ 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