

患者氏名：

患者 ID：

内科 问诊表/内科 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

请问有什么症状? / どのような症状ですか?

- 头痛/ 頭が痛い 头晕/ めまい 口干/ 口が渇く
喉咙痛/ のどが痛い 咳嗽/ せき 心悸/ 動悸
胸痛/ 胸が痛い 胸闷/ 胸が苦しい 胃痛/ 胃が痛い
恶心/ 吐き気 呕吐/ 嘔吐 气喘/ 息切れ
腹泻/ 下痢 腹胀/ おなかが張る 腹痛/ おなかが痛い
便血/ 血便 发烧/ 熱がある 皮疹/ 発しん
高血压/ 高血圧 失眠/ 眠れない 乏力/ だるい
容易疲倦/ 疲れやすい 体重下降/ 体重が減っている 没有食欲/ 食欲がない
震颤/发抖/ 身体がふるえる (不由自主/ 勝手に動く 冷感/ 寒い)
全身浮肿/ 全身にむくみがある 身体某些部位浮肿/ 体の一部にむくみがある
肿胀/ 腫れがある 麻痹/ しびれ 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

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

*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

