

患者氏名：

患者 ID：

脑神经外科 问诊表 / 脳神経外科 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 | |

你哪里不舒服? / どうしましたか?

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 头痛/ 頭が痛い | <input type="checkbox"/> 头重/ 頭が重い | <input type="checkbox"/> 头晕/ めまい |
| <input type="checkbox"/> 恶心/ 吐き気 | <input type="checkbox"/> 呕吐/ 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 麻痹/ しびれ |
| <input type="checkbox"/> 手足震颤/ 手足のふるえ | <input type="checkbox"/> 颈肩部僵硬酸痛/ 肩こり | <input type="checkbox"/> 发热/ 熱がある |
| <input type="checkbox"/> 颈部活动疼痛/ 首を動かすと痛い | | <input type="checkbox"/> 步履不稳/ うまく歩けない |
| <input type="checkbox"/> 手脚麻木/ 手足の麻痺 | | <input type="checkbox"/> 视物模糊/ 物が見えにくい |
| <input type="checkbox"/> 失去知觉/ 意識がなくなる | | <input type="checkbox"/> 咳嗽/ せきが出る |
| <input type="checkbox"/> 想不起简单的事情/ 簡単なことが思い出せない | | <input type="checkbox"/> 听力下降/ 聞こえにくい |
| <input type="checkbox"/> 说话困难/ 言葉がうまく話せない | | <input type="checkbox"/> 耳鸣/ 耳鳴り |
| <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 早晨/ 朝 | <input type="checkbox"/> 中午/ 昼 | <input type="checkbox"/> 傍晚/ 夕方 |
| <input type="checkbox"/> 晚上/ 晩 | <input type="checkbox"/> 不定时/ 不定期 | <input type="checkbox"/> 突发/ 突然 |
| <input type="checkbox"/> 经常/ いつも | <input type="checkbox"/> 逐渐/ 徐々に | <input type="checkbox"/> 活动后/ 動くと |
| <input type="checkbox"/> 疲劳时/ 疲労を感じたとき | <input type="checkbox"/> 睡眠中/ 就寝中 | <input type="checkbox"/> 用餐时/ 食事中 |
| <input type="checkbox"/> 起床时/ 起床時 | <input type="checkbox"/> 无规律/ 特に決まっていない | |
| <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

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