

患者氏名：
患者 ID：

儿科 问诊表/小児科 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"/> 单亲母亲家庭/ 母子家庭 |
| <input type="checkbox"/> 其他/ その他 () | |

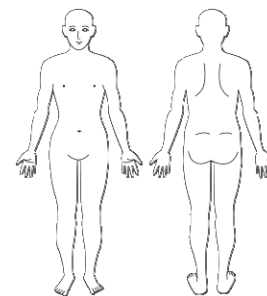
职业/ 職業

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <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 | |

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？

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 发热/ 熱がある | <input type="checkbox"/> 疼痛/ 痛い | <input type="checkbox"/> 咳嗽/ せき | <input type="checkbox"/> 痉挛/ ひきつけをおこす |
| <input type="checkbox"/> 浮肿/ むくみ | <input type="checkbox"/> 皮疹/ 発しん | <input type="checkbox"/> 耳鸣/ 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 没有食欲/ 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 恶心/ 吐き気 | <input type="checkbox"/> 呕吐/ 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 腹泻/ 下痢 | <input type="checkbox"/> 便血/ 血便 |
| <input type="checkbox"/> 失去知觉/ 意識がなくなる | <input type="checkbox"/> 情绪不好/ 機嫌が悪い | <input type="checkbox"/> 精神不佳/ 元気がない | |
| <input type="checkbox"/> 体重增长不良/ 体重の増加不良 | <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

能吃哪种药？ / どんな種類の薬が飲めますか？

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 糖浆/ シロップ | <input type="checkbox"/> 药粉/ 粉薬 | <input type="checkbox"/> 药片或胶囊/ 錠剤またはカプセル |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|

出生时的情况/ 出産の時のようす

出生时体重/ 赤ちゃんの体重： _____ 克/ g 母亲的年龄/ 母親の年齢： _____ 岁/ 歳

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 正常分娩/ 正常分娩 | <input type="checkbox"/> 异常分娩/ 異常分娩 | <input type="checkbox"/> 剖腹产/ 帝王切開 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

已接种的疫苗/ 接種済み予防接種

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hib 疫苗 (B 型流感嗜血杆菌疫苗) / ヒブ | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌/ 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 小儿麻痹/ ポリオ |
| <input type="checkbox"/> 麻腮风 (麻疹, 腮腺炎, 风疹) 三联/ 三種混合 | <input type="checkbox"/> 白喉, 百日咳, 破伤风, 小儿麻痹四合一/ 四種混合 | |
| <input type="checkbox"/> 麻疹风疹联合/ 麻しん・風しん混合 | <input type="checkbox"/> 腮腺炎/ おたふく風邪 | <input type="checkbox"/> 水痘/ 水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> 日本脑炎/ 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> 卡介苗/ BCG | <input type="checkbox"/> 其他/ その他 () |
| | <input type="checkbox"/> 轮状病毒/ ロタウィルス | |

*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

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

过敏史/ 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

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

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