

## 内科 问诊表/内科 問診票

<b>患者姓名/患者氏名</b>		<b>医疗机构填写处 /医療機関記入欄</b>	BT=	℃
<b>出生年月日(公历) /生年月日(西曆)</b>	年/年      月/月      日/日 (                      岁/歳)		PR=	/分
<b>身高、体重/身長・体重</b>	_____ 厘米/cm      公斤/kg	BP=	mmHg	
<b>有无过敏 /アレルギーの有無</b>	<input type="checkbox"/> 食物/食べ物: <input type="checkbox"/> 药/薬:	RR=	/分	
		SPO2=	%	
		<b>性别/性別</b>	<input type="checkbox"/> 男/男性	<input type="checkbox"/> 女/女性

今天有什么症状？(如果有多项的相关症状, 请全部划勾。)  
/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

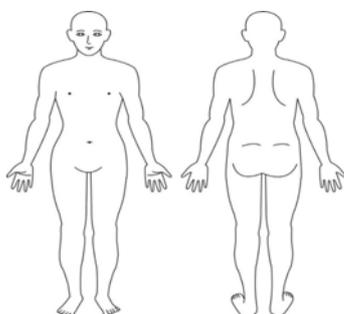
- |                                     |                                     |                                     |  |                                     |                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 发烧/発熱      | <input type="checkbox"/> 咳嗽/咳       | <input type="checkbox"/> 鼻涕/鼻水      | <input type="checkbox"/> 痰/痰   | <input type="checkbox"/> 呼吸困难/息が苦しい | <input type="checkbox"/> 气急、气喘/息切れ    |
| <input type="checkbox"/> 容易疲倦/疲れやすい | <input type="checkbox"/> 乏力/からだがだるい | <input type="checkbox"/> 没有食欲/食欲がない | <input type="checkbox"/> 体重减轻/体重減少                                   | <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"/> 尿频/頻尿      | <input type="checkbox"/> 血尿/血尿                                       | <input type="checkbox"/> 心悸/動悸      | <input type="checkbox"/> 高血压/高血圧      |
| <input type="checkbox"/> 头晕/めまい     | <input type="checkbox"/> 感觉迟钝/麻痺    | <input type="checkbox"/> 麻木/痺れ      | <input type="checkbox"/> 浮肿/むくみ                                      | <input type="checkbox"/> 瘙痒/痒み      | <input type="checkbox"/> 荨麻疹或风疹/じんましん |
| <input type="checkbox"/> 失眠/不眠      | <input type="checkbox"/> 口渴/喉が渇く    | <input type="checkbox"/> 疼痛/痛み      | <input type="checkbox"/> 其他医疗机构建议就诊(包括体检)/他の医療機関から受診するように勧められた(健診含む) | <input type="checkbox"/> 其他/その他:    |                                       |

请在大便的状态上划勾。  
/便の性状に☑してください。

- |                                  |                                 |                                   |                                |                                |                                |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 灰白色/灰白色 | <input type="checkbox"/> 褐色/茶色  | <input type="checkbox"/> 黑色/黒色    | <input type="checkbox"/> 便血/血便 | <input type="checkbox"/> 水样/水様 | <input type="checkbox"/> 软便/軟便 |
| <input type="checkbox"/> 一般/普通   | <input type="checkbox"/> 硬便/硬い便 | *一天排便的次数/一日の排便回数: _____ 次/回 / 天/日 |                                |                                |                                |

询问您的症状。  
/症状についてご質問します。

请在出现症状的部位上划圈。  
/症状のある部分に○を付けて下さい。



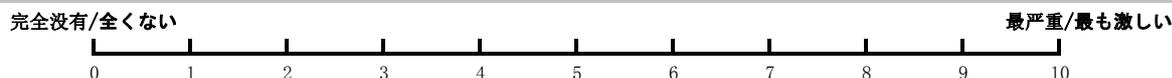
什么时候出现症状?  
/症状はどのようなときに現れますか。

- |                                  |                                  |                                 |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 早晨/朝    | <input type="checkbox"/> 中午/昼    | <input type="checkbox"/> 傍晚/夕方  | <input type="checkbox"/> 睡眠时/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> 起床时/起床時 | <input type="checkbox"/> 没规律/不定期 | <input type="checkbox"/> 其他/その他 |                                  |

症状具有怎样的特征?  
/症状はどのような性質を持っていますか。

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 不间断地、一直持续着/絶え間なく、続いている |
| <input type="checkbox"/> 症状时有时无/症状が出たり消えたりしている  |
| <input type="checkbox"/> 渐渐地变严重了/徐々にひどくなってきている  |
| <input type="checkbox"/> 其他/その他:                |

如果以数字来表达症状的程度, 是多少? 请在下面的数字上划圈。  
/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか。下の数字のところに○を付けてください。



该症状是从什么时候开始的?  
/この症状はいつからありますか。

从 \_\_\_\_\_ 年/年 \_\_\_\_\_ 月/月 \_\_\_\_\_ 日/日      上午/午前、下午/午後 \_\_\_\_\_ 点/時 \_\_\_\_\_ 分左右开始/分ごろから

目前是否有在服用的药物? \*包括维生素、营养剂和保健品。  
/現在、飲んでる薬はありますか。 ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- 否/いいえ     是/はい      \*携带药物或“用药手册”的患者, 请出示/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方		药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

目前是否有在治疗的疾病，或者以前曾经治疗过的疾病？  
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか。

否/いいえ     是/はい

\*在“是”上划勾的患者，请在疾病一览表选择疾病名称，填写接受过治疗的医疗机构的名称。  
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

疾病名称 (可以填写下列一览表的号码) /疾患名 (下記リスト番号可)	治疗经过 /治療経過	医疗机构名称 /医療機関名
	<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
	<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
	<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
	<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	

<疾病一览表>/<疾患リスト>

疾病的分类 /疾患の系統	疾病名称 /疾患名
① 消化系统疾病 /消化器系の疾患	a. 胃溃疡/消化管潰瘍    b. 肝炎/肝炎    c. 肝硬化/肝硬変    d. 其他/その他
② 循环系统疾病 /循環器系の疾患	a. 高血压/高血圧    b. 心绞痛、心肌梗塞/狭心症・心筋梗塞    c. 心律不齐/不整脈    d. 心力衰竭/心不全    e. 其他/その他
③ 呼吸系统疾病 /呼吸器系の疾患	a. 哮喘/喘息    b. 慢性阻塞性肺疾病/慢性閉塞性肺疾患    c. 肺炎/肺炎    d. 肺结核/肺結核    e. 其他/その他
④ 肾、泌尿系统疾病 /腎・泌尿器系の疾患	a. 慢性肾功能不全/慢性腎不全    b. 肾结石、输尿管结石/腎・尿管結石    c. 尿路感染/尿路感染症    d. 其他/その他
⑤ 脑神经系统疾病 /脳神経系の疾患	a. 脑梗塞/脳梗塞    b. 脑出血/脳出血    c. 癫痫/てんかん    d. 其他/その他
⑥ 内分泌代谢系统疾病 /内分泌代謝系の疾患	a. 糖尿病/糖尿病    b. 高脂血症/高脂血症    c. 甲状腺机能障碍/甲状腺機能障害    d. 高尿酸血症/高尿酸血症    e. 其他/その他
⑦ 骨骼、肌肉的疾病 /骨・筋肉の疾患	a. 风湿性、类风湿性关节炎/関節リウマチ    b. 骨质疏松症/骨粗鬆症    c. 膝关节病/変形性膝関節症    d. 椎间盘突出/椎間板ヘルニア    e. 痛风/痛風 f. 其他/その他
⑧ 妇产科疾病 /産婦人科の疾患	a. 子宫肌瘤/子宮筋腫    b. 痛经/月経困難症    c. 不孕/不妊症    d. 其他/その他
⑨ 眼睛疾病 /眼の疾患	a. 白内障/白内障    b. 青光眼/緑内障    c. 视网膜病变/網膜症    d. 其他/その他
⑩ 恶性肿瘤 /悪性腫瘍	a. 胃癌/胃がん    b. 大肠癌/大腸がん    c. 肝癌、胆囊癌、胰腺癌/肝臓・胆のう・膵臓がん    d. 乳腺癌/乳がん    e. 子宫癌/子宮がん
	f. 肺癌/肺癌    g. 其他/その他
⑪ 精神疾病 /精神の疾患	a. 忧郁症/うつ病    b. 精神分裂症/統合失調症    c. 其他/その他
⑫ 耳鼻喉科疾病 /耳鼻科の疾患	a. 耳聋/難聴    b. 头晕/めまい    c. 耳鸣/耳鳴    d. 花粉症/花粉症    e. 其他/その他
⑬ 血液疾病 /血液の疾患	a. 贫血/貧血    b. 白血病/白血病    c. 其他/その他
⑭ 皮肤疾病 /皮膚の疾患	a. 特异性皮炎/アトピー性皮膚炎    b. 癣症(足癬)/白癬症(水虫)    c. 其他/その他

以前是否动过手术？  
/今までに手術をしたことがありますか。

否/いいえ  是/はい

\*在“是”上划勾的患者，请在下面填写手术史  
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

疾病名称 /疾患名	手术名称 /手術名	手术时期 /手術をした時期	实施手术的医疗机构 /手術をした医療機関

\*如果忘了具体的手术日期，可以填写“年龄”、“手术年份”。  
/詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

是否有吸烟的习惯？  
/習慣的に、たばこを吸いますか。

否/いいえ  是/はい  以前吸过/以前吸っていた

吸烟量/喫煙量	吸烟期间/喫煙期間	戒烟年份 /喫煙をやめた年
_____支/天/本/日	_____年/年	_____年/年_____月/月

\*目前还在继续吸烟的患者，不需填写戒烟年份。  
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

是否有饮酒的习惯？  
/習慣的にお酒を飲みますか。

否/いいえ  是/はい  以前有饮酒的习惯/以前飲酒する習慣があった

<input type="checkbox"/> 啤酒/ビール	_____ml /天/日	<input type="checkbox"/> 威士忌/ウイスキー	_____ml /天/日
<input type="checkbox"/> 清酒/日本酒	_____ml /天/日	<input type="checkbox"/> 葡萄酒/ワイン	_____ml /天/日
<input type="checkbox"/> 其他/その他	_____ml /天/日		

仅限于女性回答。是否在怀孕，或者有怀孕的可能？  
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

否/いいえ  是/はい  不知道/わからない

目前是否在哺乳？  
/現在、授乳中ですか。

否/いいえ  是/はい

如在就诊时有以下的要求，请划勾。  
/診察でのあなたのご希望がある場合は、☑をしてください。

请事先告诉医疗费的大概金额/あらかじめ、医療費の概算を教えてください。

如有翻译时，请派翻译/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

其他/その他：