

泌尿科 问诊表/泌尿器科 問診票

患者姓名 /患者氏名		医疗机构填写处 /医療機関記入欄	BT=	℃
出生年月日 (公历) /生年月日 (西曆)	年/年 月/月 日/日 (岁/歳)		PR=	/分
身高、体重 / 身長・体重	厘米/cm 公斤/kg		BP=	mmHg
有无过敏 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 食物/食べ物: <input type="checkbox"/> 药/薬:		RR=	/分
			SPO2=	%
		性别/性別	<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"/> 尿频/頻尿 | <input type="checkbox"/> 血尿/血尿 | <input type="checkbox"/> 尿失禁/尿失禁 | <input type="checkbox"/> 排尿时疼痛/排尿時痛 | <input type="checkbox"/> 排尿困难/尿がでにくい |
| <input type="checkbox"/> 阴囊肿/陰囊が腫れている | <input type="checkbox"/> 尿中有脓/尿に膿がでる | <input type="checkbox"/> 疼痛/痛み | <input type="checkbox"/> 肿物或疙瘩/できもの | <input type="checkbox"/> 包茎/包茎 | <input type="checkbox"/> 性烦恼./性の悩み |
| <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: | | | | | |

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いる | <input type="checkbox"/> 其他/その他 |

是否与不特定对象有性交?
/不特定の方と性交渉がありましたか。

- 否/いいえ 是/はい

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 开始/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		

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：