

眼科 问诊表/眼科 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

**今天是因为哪个部位的症状而来？
/今日はどの部位の症状でこられましたか**

- 右眼/右眼
 左眼/左眼
 两眼/両眼
 眼睛周围
/眼の周囲
 眼皮/瞼

**有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）
/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"/> 看不清楚
/見えにくい | <input type="checkbox"/> 眼屎
/目やに | <input type="checkbox"/> 痒/かゆみ | <input type="checkbox"/> 肿胀/腫れ | <input type="checkbox"/> 眼睛疼痛/眼の痛み | <input type="checkbox"/> 眼干涩
/眼が乾燥する |
| <input type="checkbox"/> 眼睛有异物感/眼の異物感 | <input type="checkbox"/> 看东西有重影
/物が二重に見える | <input type="checkbox"/> 看东西时物体变形
/物が歪んで見える | <input type="checkbox"/> 畏光/まぶしい | <input type="checkbox"/> 流眼泪
/涙が出る | <input type="checkbox"/> 视野缺损
/視界が欠けて見える |
| <input type="checkbox"/> 眼前有黑点
/黒い点が見える | <input type="checkbox"/> 肿物或疙瘩/できもの | <input type="checkbox"/> 充血/充血 | <input type="checkbox"/> 视野里有刺眼的强光
/視野にキラキラした光が見える | | |
- 眼睛里进入了东西/眼の中に何かが入った
 *请填写眼睛里进入了什么东西
/眼の中に入ったものを書いてください：
- 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）
- 其他 / その他：

**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 /消化器潰瘍 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：