

眼科问诊表

眼科問診票

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日
住址 住所		年齢
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか	<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ	电话 電話
国籍		
有何症状? どうしましたか	<input type="checkbox"/> 眼屎多 目やに <input type="checkbox"/> 流泪 涙が出る <input type="checkbox"/> 眼痛 痛い <input type="checkbox"/> 针眼 ものもらい <input type="checkbox"/> 眼内有摩擦感ゴロゴロ <input type="checkbox"/> 畏光 まぶしい <input type="checkbox"/> 视物不清 見えにくい <input type="checkbox"/> 视物成双物が二重に見 <input type="checkbox"/> 其他その他	
表现在哪只眼睛? どつちの目ですか	<input type="checkbox"/> 左眼 左目 <input type="checkbox"/> 右眼 右目 <input type="checkbox"/> 双眼 両目	
亲属中是否有眼病患者? 家族で目の病気の人がいますか	<input type="checkbox"/> 有いる→哪一位誰(何种眼疾どんな病気()) <input type="checkbox"/> 没有 いない	
是否有药物或食物过敏史 薬や食物でアレルギーを生じることがありますか	<input type="checkbox"/> 无 いいえ <input type="checkbox"/> 有 はい→ <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 その他	
是否正在服药? 現在毎日飲んでいる薬がありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい→如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください	
请问女性患者 女性に聞きます	现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、また可能性はありますか <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい・几个月 何ヶ月 是否正在哺乳 授乳中ですか <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	
迄今为止曾患过何种疾病? 今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患甲状腺の病 <input type="checkbox"/> 哮喘 喘息 <input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/> 其他 その他	
所患疾病是否已治愈? その病気は治りましたか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ	

外科问诊表

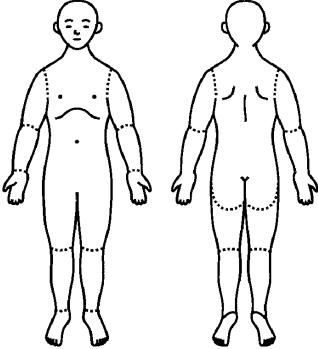
外科問診票

中国(北京)語

年 月 日

姓名 名前	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保险证	健康保険を持っていますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 没有 いいえ	
国籍		

有何症状? どうしましたか
(请在图上标出其位置)
(その箇所に印をつけてください)



<input type="checkbox"/> 发烧 熱	<input type="checkbox"/> 疼痛 痛み	<input type="checkbox"/> 外伤 けが
<input type="checkbox"/> 烫伤, 烧伤 やけど	<input type="checkbox"/> 疖肿 おでき	<input type="checkbox"/> 肿块 しこり
<input type="checkbox"/> 肿胀 腫れ	<input type="checkbox"/> 麻木 しびれ	<input type="checkbox"/> 搔痒 かゆい
<input type="checkbox"/> 扭伤 ひねった	<input type="checkbox"/> 痔疮 痔	<input type="checkbox"/> 胃痛
<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 体重下降 体重減少	<input type="checkbox"/> 其他 その他

何时开始的? いつ頃からですか
月 日

是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか
有 はい 没有 いいえ

请问持有介绍信的患者 紹介状のある方だけお書きください

是否携带X光片 レントゲン写真を持っていますか 有 はい 没有 いいえ

是否携带内窥镜照片内視鏡フィルムを持っていますか 有 はい 没有 いいえ

是否有药物或食物过敏史 薬や食物でアレルギーを生じることがありますか
无 いいえ
有 はい → 药物 薬 食物 其他 その他

是否正在服药? 現在毎日飲んでいる薬がありますか
否 いいえ
是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください

请问女性患者 女性に聞きます

现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、また可能性はありますか
否 いいえ 是 はい → 几个月 何ヶ月

是否正在哺乳 授乳中ですか
否 いいえ 是 はい

迄今为止曾患过何种疾病? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気
<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> 结核病 結核	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 哮喘 喘息
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 其他 その他	

所患疾病是否已治愈? その病気は治りましたか
否 いいえ 是 はい

是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか
否 いいえ 是 はい

是否接受过输血? 輸血を受けたことがありますか
否 いいえ 是 はい

内科问诊表

内科問診票

年 月 日

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保险证 健康保険証を持っていますか <input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ		
国籍		

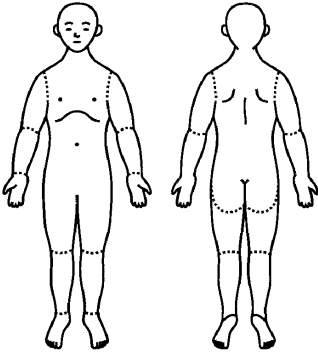
有何症状? どうしましたか	<input type="checkbox"/> 发烧 _____ 度 熱がある	<input type="checkbox"/> 嗓子痛 のどが痛い
	<input type="checkbox"/> 头痛 頭痛	<input type="checkbox"/> 胸痛
	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 心悸, 心慌 動悸
	<input type="checkbox"/> 咳嗽 咳	<input type="checkbox"/> 口干 渴き
	<input type="checkbox"/> 浮肿 むくみ	<input type="checkbox"/> 麻木 しびれ
	<input type="checkbox"/> 胸闷 胸の圧迫感	<input type="checkbox"/> 腹胀 腹が張っている感じ
	<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐	<input type="checkbox"/> 腹瀉 下痢
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧
	<input type="checkbox"/> 体重减轻 体重の減少	<input type="checkbox"/> 浑身无力 だるい
		<input type="checkbox"/> 其他 その他
何时开始的? いつごろからですか	始于 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から	
是否有药物或食物过敏史 薬や食物でアレルギーを生じることがありますか	<input type="checkbox"/> 无 いいえ <input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 その他	
是否正在服药? 現在毎日飲んでいる薬がありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください	
请问女性患者 女性に聞きます	现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、また可能性はありますか <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい → 几个月 何ヶ月	
	是否正在哺乳 授乳中ですか <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	
迄今为止曾患过何种疾病? 今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 哮喘 喘息 <input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/> 其他 その他	
所患疾病是否已治愈? その病気は治りましたか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	
是否接受过手术治疗? 手術をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	
是否接受过输血? 輸血をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	

骨科问诊表

整形外科問診票

年 月 日

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保险证	健康保険を持っていますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 没有 いいえ	
国籍		

<p>有何症状? どうしましたか (请在图上标出其位置) (その箇所に印をつけてください)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  </div>	<p><input type="checkbox"/>疼痛 痛み <input type="checkbox"/>外伤 けが <input type="checkbox"/>肿胀 腫れ <input type="checkbox"/>肿块 しこり <input type="checkbox"/>麻木 しびれ <input type="checkbox"/>扭伤 ひねった <input type="checkbox"/>其他 その他</p>
<p>何时开始的? いつ頃からですか</p> <p style="text-align: center;">月 日</p>	
<p>是否有药物或食物过敏史</p> <p><input type="checkbox"/>无 いいえ <input type="checkbox"/>有 はい→</p>	<p>薬や食物でアレルギーを生じることがありますか</p> <p><input type="checkbox"/>药物 薬 <input type="checkbox"/>食物 <input type="checkbox"/>其他 その他</p>
<p>是否正在服药?</p> <p><input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい→</p>	<p>現在毎日飲んでいる薬がありますか</p> <p>如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください</p>
<p>请问女性患者 女性に聞きます</p> <p>现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、また可能性はありますか</p> <p><input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい→ 几个月 何ヶ月</p> <p>是否正在哺乳 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい</p>	
<p>迄今为止曾患过何种疾病?</p> <p><input type="checkbox"/>肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/>肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/>心脏病 心臓の病気 <input type="checkbox"/>肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/>结核病 結核 <input type="checkbox"/>高血压 高血圧症 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>甲状腺疾患 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/>哮喘 喘息 <input type="checkbox"/>艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/>其他 その他</p>	<p>今までにかかった病気はありますか</p>
<p>所患疾病是否已治愈?</p> <p><input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい</p>	<p>その病気は治りましたか</p>
<p>是否接受过手术治疗?</p> <p><input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい</p>	<p>手術を受けたことがありますか</p>
<p>是否接受过输血?</p> <p><input type="checkbox"/>否 いいえ <input type="checkbox"/>是 はい</p>	<p>輸血を受けたことがありますか</p>

儿科问诊表

小児科問診票

年 月 日

儿童姓名 子供の名前	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日
住址 住所		电话 電話	
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか <input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ			
国籍			

有何症状? どうしましたか	<input type="checkbox"/> 发烧 熱 (°C)	<input type="checkbox"/> 头痛 頭痛	<input type="checkbox"/> 嗓子痛 喉が痛い
	<input type="checkbox"/> 胸痛 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せき	<input type="checkbox"/> 无精神 元気がない
	<input type="checkbox"/> 痉挛 ひきつけ	<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐	<input type="checkbox"/> 烦躁 機嫌が悪い
	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹泻 下痢	<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気
	<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 厌食 食欲不振	<input type="checkbox"/> 出疹子 発疹
	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 浮肿 むくみ	<input type="checkbox"/> 其他 その他
	<input type="checkbox"/> 体重增加缓慢 体重増加不良		
何时开始的? いつ頃からですか	年 月 日		
是否出现过食物或药物过敏? 薬や食べ物等でアレルギーを生じたことがありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ		
	<input type="checkbox"/> 是 はい →	<input type="checkbox"/> 药物 くすり	<input type="checkbox"/> 食物
	<input type="checkbox"/> 其他 その他	<input type="checkbox"/> 鸡蛋 たまご	<input type="checkbox"/> 牛奶
能服用何种药物? どんな種類の薬が飲めますか	<input type="checkbox"/> 口服液 シロップ <input type="checkbox"/> 粉剂 粉薬 <input type="checkbox"/> 片剂或胶囊錠剂カプセル		
是否正在服药? 現在毎日飲んでいる薬がありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ		
	<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください		
小儿出生时的状态 出産時の状態	<input type="checkbox"/> 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		
	出生时婴儿体重 (克)		
	生产时母亲年龄 (岁)		
已接种过的预防注射 接種済み予防注射は?	<input type="checkbox"/> 结核菌素反应ツベルクリン <input type="checkbox"/> 卡介苗 BCG <input type="checkbox"/> 小儿麻痹 ポリオ		
	<input type="checkbox"/> 麻疹 はしか	<input type="checkbox"/> 腮腺炎 おたふくかせ	<input type="checkbox"/> 水痘 水疱そう
	<input type="checkbox"/> 风疹 風疹	<input type="checkbox"/> 白百破 DPT三種混合	<input type="checkbox"/> 其他 その他
患过何种疾病? 過去にどんな病気をしましたか	<input type="checkbox"/> 风疹 風疹 <input type="checkbox"/> 腮腺炎 おたふくかせ <input type="checkbox"/> 原发性红疹 突発性発疹		
	<input type="checkbox"/> 麻疹 はしか	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 高烧性痉挛 熱性痙攣
	<input type="checkbox"/> 哮喘 喘息	<input type="checkbox"/> 阑尾炎 虫垂炎	<input type="checkbox"/> 乙型脑炎 日本脳炎
	<input type="checkbox"/> 水痘 水疱そう	<input type="checkbox"/> 川崎病	<input type="checkbox"/> 其他 その他
是否接受过手术治疗? 手術をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい		
是否接受过输血? 輸血をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい		

耳鼻咽喉科問診表

耳鼻咽喉科問診票

年 月 日

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保険证 健康保険を持っていますか		
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ		
国籍		

有何症状? どうしましたか	<input type="checkbox"/> 发烧熱がある (°C)	<input type="checkbox"/> 头痛 頭痛	<input type="checkbox"/> 头重 頭が重い
	<input type="checkbox"/> 面部, 颈部肿胀 顔、頸部のはれ		<input type="checkbox"/> 其他 その他
* 耳朵有何症状? 耳の症状	<input type="checkbox"/> 左耳	<input type="checkbox"/> 右耳	<input type="checkbox"/> 双耳 両方)
	<input type="checkbox"/> 疼痛 痛み	<input type="checkbox"/> 流脓水 耳だれ	<input type="checkbox"/> 耳鸣 耳鳴り
	<input type="checkbox"/> 耳垢多 耳あか	<input type="checkbox"/> 听力减退 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> 头晕 めまい
	<input type="checkbox"/> 耳朵闷堵感 耳がふさがった感じ		
* 鼻子有何症状? 鼻の症状	<input type="checkbox"/> 鼻塞 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 流涕 鼻水	<input type="checkbox"/> 打喷嚏 くしゃみ
	<input type="checkbox"/> 嗅味迟钝匂いがわからぬ	<input type="checkbox"/> 流鼻血 鼻血	<input type="checkbox"/> 打鼾 いびき
* 嗓子有何症状? のどの症状	<input type="checkbox"/> 舌头痛 舌が痛い	<input type="checkbox"/> 嗓子痛 のどが痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せき
	<input type="checkbox"/> 吞咽困难 飲み込みにく	<input type="checkbox"/> 声音嘶哑 声がかれる	<input type="checkbox"/> 有痰 たん
	<input type="checkbox"/> 咽喉部异物感 喉に何かある感じ		
何时开始的? いつごろからですか	年 月 日		
是否饮酒? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> 是 はい	毫升/天 ml/日	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否吸烟? たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 是 はい	支/天 本/日	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否有药物或食物过敏史 薬や食物でアレルギーを生じることがありますか	<input type="checkbox"/> 无 いいえ		
	<input type="checkbox"/> 有 はい→	<input type="checkbox"/> 药物 薬	<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 その他
是否正在服药? 現在毎日飲んでいる薬がありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ		
	<input type="checkbox"/> 是 はい→	如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください	
请问女性患者 女性に聞きます	现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、また可能性はありますか		
	<input type="checkbox"/> 否 いいえ	<input type="checkbox"/> 是 はい→	几个月 何ヶ月
	是否正在哺乳 授乳中ですか		
	<input type="checkbox"/> 否 いいえ	<input type="checkbox"/> 是 はい	
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 没有 いいえ	

口腔科问诊表

齒科問診票

年 月 日

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか		
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ		
国籍		

有何症状?	どうしましたか
<input type="checkbox"/> 牙痛→请回答 (<input type="checkbox"/> 遇冷热酸痛 しみる <input type="checkbox"/> 咬合时疼痛 噛むと痛い 歯が痛い—お答えください <input type="checkbox"/> 夜间疼痛 夜に痛い <input type="checkbox"/> 持续疼痛 ずっと痛い)	
<input type="checkbox"/> 充填物脱落詰め物が取れ <input type="checkbox"/> 牙龈疼痛 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 口臭	
<input type="checkbox"/> 假牙损坏入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 牙石, 牙垢 歯石、歯垢 <input type="checkbox"/> 其他 その他	
有何要求?	なにをしたいですか
<input type="checkbox"/> 治疗虫牙虫歯を治療した <input type="checkbox"/> 安装假牙入れ歯を作りた <input type="checkbox"/> 矫正牙列歯並びを直したい	
<input type="checkbox"/> 口腔检查 歯科検診 <input type="checkbox"/> 牙齿清洗 クリーニング <input type="checkbox"/> 其他 その他	
是否拔过牙?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否有药物或食物过敏史	薬や食物でアレルギーを生じることがありますか
<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<input type="checkbox"/> 有 はい→	<input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 その他
是否正在服药?	現在毎日飲んでいる薬がありますか
<input type="checkbox"/> 否 いいえ	
<input type="checkbox"/> 是 はい→	如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください
请问女性患者	女性に聞きます
现在是否正在怀孕或可能怀孕	妊娠していますか、また可能性はありますか
<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい→	几个月 何ヶ月
是否正在哺乳	授乳中ですか
<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	
迄今为止曾患过何种疾病?	今までにかかった病気はありますか
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 哮喘 喘息	
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/> 其他 その他	
所患疾病是否已治愈?	その病気は治りましたか
<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	
是否有过因麻醉引起的不良反应?	麻酔をして何かトラブルがありましたか
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ	
对治疗有何要求?	治療に対する希望
<input type="checkbox"/> 治疗全部坏牙 悪いところを全て治す <input type="checkbox"/> 仅治疗现在疼痛的牙 今痛んでいる歯だけ治す	
<input type="checkbox"/> 自费治疗也可以 自費診療でもかまわな <input type="checkbox"/> 在保险范围内进行治疗 保険範囲内での治療	
<input type="checkbox"/> 与医生商量后再定 先生と相談の上決める	

妇产科问诊表 (一)

産婦人科問診票 (一)

年 月 日

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保险证	健康保険を持っていますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 没有 いええ	
国籍		

有何症状? どうしましたか

<input type="checkbox"/> 怀孕 妊娠	<input type="checkbox"/> 月经异常 生理の異常	<input type="checkbox"/> 外阴搔痒 性器のかゆみ
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 白带异常 おりもの異常	<input type="checkbox"/> 异常出血 不規則の出血
<input type="checkbox"/> 息肉 ポリープ	<input type="checkbox"/> 卵巢囊肿 卵巣のう腫	<input type="checkbox"/> 久婚不孕 不妊症
<input type="checkbox"/> 贫血 貧血	<input type="checkbox"/> 子宫肌瘤 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 涂片检查 がん検診
<input type="checkbox"/> 其他 その他		

有关月经的既往史 月経について

初潮年齢 初めて生理があつたのはいつですか _____ 岁 才

闭经年齢 閉経年齢 _____ 岁 才

月经是否规律 生理は順調ですか 是 はい 否 いええ

一个周期 周期について 28天 28日型 30天 30日型

_____ 天 何日型 无规律 不順

持续时间 持続期間 _____ 天 日

月经量 多 少 一般

是否痛经 生理痛について

无 なし

有 あり → 下腹部剧痛 腰部疼痛 其他 その他

最后一次月经 最終月経は

始于 _____ 年 月 日 から

共 _____ 天 日間

妊娠史 妊娠暦

怀孕 _____ 次

<input type="checkbox"/> 分娩 _____ 次回	<input type="checkbox"/> 正常分娩 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 流产 _____ 次回	<input type="checkbox"/> 异常分娩 異常分娩 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 其他 其他 _____	<input type="checkbox"/> 自然流产 _____ 次 回
	<input type="checkbox"/> 人工流产 人工中絶 _____ 次 回

(宫外孕 子宮外妊娠 葡萄胎 泡状奇胎)

是否接受过子宫涂片检查? がん検診を受けたことがありますか

无 なし 有 あり → _____ 年 月 日

家族病史 家族の病歴	年齢	健康	不健康	遗传性疾病	高血压病	糖尿病	癌症
父亲		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母亲		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姐妹 姉妹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
丈夫 夫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子女 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

妇产科问诊表(二)

産婦人科問診票(二)

是否有药物或食物过敏史	薬や食物でアレルギーを生じることがありますか	
<input type="checkbox"/> 无 いいえ		
<input type="checkbox"/> 有 はい→	<input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 その他	
是否正在服药?	現在毎日飲んでいる薬がありますか	
<input type="checkbox"/> 否 いいえ		
<input type="checkbox"/> 是 はい→	如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください	
迄今为止曾患过何种疾病?	今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気
<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> 结核病 結核	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 哮喘 喘息
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 其他 その他	
所患疾病是否已治愈?	その病気は治りましたか	
<input type="checkbox"/> 否 いいえ	<input type="checkbox"/> 是 はい	
是否接受过手术治疗?	手術をうけたことがありますか	
<input type="checkbox"/> 否 いいえ	<input type="checkbox"/> 是 はい	
是否接受过输血?	輸血をうけたことがありますか	
<input type="checkbox"/> 否 いいえ	<input type="checkbox"/> 是 はい	

神経外科問診表(一)

脳神経外科問診表(一)

年 月 日

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保険証	健康保険を持っていますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 没有 いいえ	
国籍		

有何症状?	どうしましたか	
<input type="checkbox"/> 头痛 頭痛	<input type="checkbox"/> 肩膀酸痛 肩こり	<input type="checkbox"/> 听力下降 聞こえにくい
<input type="checkbox"/> 头晕 めまい	<input type="checkbox"/> 肢体麻木 しびれ	<input type="checkbox"/> 视力下降 見えにくい
<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気	<input type="checkbox"/> 手脚不灵 手足の動きが悪	<input type="checkbox"/> 神志不清 意識不明
<input type="checkbox"/> 耳鸣 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 行走困难 歩きにくい	<input type="checkbox"/> 其他 その他
<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐		
何时开始的?	いつ頃から 年 月 日	
是否碰撞了头部?	頭をぶつけましたか	
<input type="checkbox"/> 是 はい→	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 否 いいえ		
碰撞部位	どこをぶつけましたか	
<input type="checkbox"/> 头前部 前頭部	<input type="checkbox"/> 头后部 後頭部	<input type="checkbox"/> 头左侧 左横 <input type="checkbox"/> 头右侧 右横
是否交通事故?	交通事故ですか	
<input type="checkbox"/> 是 はい	<input type="checkbox"/> 否 いいえ	
头痛者请回答:	頭痛のある方はお答えください	
头痛开始的时间	いつからですか 年 月 日	
怎样开始的?	どのように始まりましたか	
<input type="checkbox"/> 突然开始 突然に	<input type="checkbox"/> 逐渐开始 徐々に	
疼痛部位	どこが痛みますか	
<input type="checkbox"/> 头前部 前頭部	<input type="checkbox"/> 头左侧 左横	<input type="checkbox"/> 整个头部 頭全体
<input type="checkbox"/> 头后部 後頭部	<input type="checkbox"/> 头右侧 右横	
怎样疼痛?	どのように痛みますか	
<input type="checkbox"/> 深部跳痛 ズキンズキン	<input type="checkbox"/> 锐痛 キリキリ	
<input type="checkbox"/> 胀闷痛 ガンガン	<input type="checkbox"/> 浅表刺痛 チクチク	
一天中何时最痛?	いつが一番痛みますか	
<input type="checkbox"/> 早晨 朝	<input type="checkbox"/> 晚上 夕	
<input type="checkbox"/> 白天 昼	<input type="checkbox"/> 一整天 一日中	
是否饮酒?	お酒を飲みますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい	毫升/天 ml/日	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否吸烟?	たばこを吸いますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい	支/天 本/日	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否有药物或食物过敏史	薬や食物でアレルギーを生じることがありますか	
<input type="checkbox"/> 无 いいえ		
<input type="checkbox"/> 有 はい→	<input type="checkbox"/> 药物 薬	<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 その他

神経外科問診表（二）

脳神経外科問診表(二)

是否正在服药？	現在毎日飲んでいる薬がありますか
	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带，请给医生看一下 持っていれば見てください
请问女性患者	女性に聞きます
	现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、また可能性はありますか <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい → 几个月 何ヶ月 是否正在哺乳 授乳中ですか <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
迄今为止曾患过何种疾病？	今までにかかった病気はありますか
	<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 哮喘 喘息 <input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/> 其他 その他
所患疾病是否已治愈？	その病気は治りましたか
	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
是否接受过手术治疗？	手術を受けたことがありますか
	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
是否接受过输血？	輸血を受けたことがありますか
	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい

