

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	