

# 外科问诊表

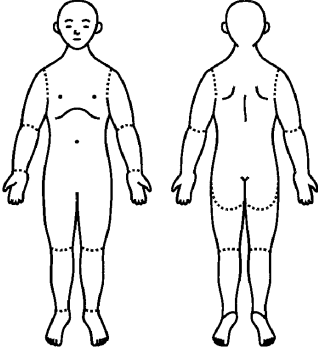
## 外科問診票

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 <input type="checkbox"/> 有 はい	健康保険を持っていますか <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