

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		