

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"/> 腹痛
<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 心悸, 心慌 動悸	<input type="checkbox"/> 气短 息切れ
<input type="checkbox"/> 咳嗽 咳	<input type="checkbox"/> 口干 渴き	<input type="checkbox"/> 头晕 めまい
<input type="checkbox"/> 浮肿 むくみ	<input type="checkbox"/> 麻木 しびれ	<input type="checkbox"/> 皮疹 発疹
<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"/> 恶心 吐き気
<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐	<input type="checkbox"/> 腹泻 下痢	<input type="checkbox"/> 血便
<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 血压高	<input type="checkbox"/> 易疲倦 疲れやすい
<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		