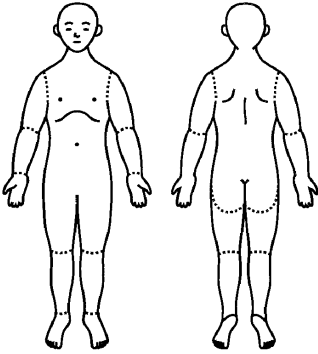


骨科问诊表

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: right;">月 日</p>		
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	