

呼吸内科 問診表/呼吸器内科 問診票

患者姓名/患者氏名		医疗机构填写处 /医療機関記入欄	BT=	℃
出生年月日（公历） /生年月日（西暦）	年/年 月/月 日/日 （ 岁/歳）		PR=	/分
			BP=	mmHg
身高、体重/身長・体重	____ 厘米/cm 公斤/kg	RR=	/分	
有无过敏 /アレルギーの有無	☐ 食物/食べ物：	SP02=	%	
	☐ 药/薬：	☐ 男/男性 ☐ 女/女性		

今天有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）
/今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）

- ☐ 发烧/発熱
- ☐ 有喘鸣音/ゼーゼー言う
- ☐ 咳嗽/咳
- ☐ 痰/痰
- ☐ 胸痛/胸痛
- ☐ 呼吸困难/息苦しさ
- ☐ 其他医疗机构建议就诊（包括体检）/他の医療機関（健診施設含む）で受診を勧められた
- ☐ 其他/その他：

在“有痰”上划勾的患者，请在相关痰的状态上划勾。
/「痰がでる」に☑した方はあてはまるものに、痰の性状に☑してください。

- ☐ 白色/白色
- ☐ 黄色/黄色
- ☐ 绿色/緑色
- ☐ 粉红色/ピンク色
- ☐ 带血/血が混じる
- ☐ 带有泡沫/泡が混じっている
- ☐ 粘稠/粘調
- ☐ 稀薄/サラサラ

症状具有怎样的特征？
/症状はどのような性質を持っていますか。

- ☐ 不间断地、一直持续着/絶え間なく、続いている
- ☐ 症状时有时无/症状が出たり、消えたりしている
- ☐ 渐渐地变严重了/徐々にひどくなっている
- ☐ 其他/その他：

什么时候出现症状？
/症状はどのような時に現れますか。

- ☐ 早晨/朝
- ☐ 中午/昼
- ☐ 傍晚/夕方
- ☐ 睡眠时/就寝中
- ☐ 起床时/起床時
- ☐ 不定期/不定期
- ☐ 其他/その他

如果以数字来表达症状的程度，是多少？请在下面的数字上划圈。
/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか。下の数字のところに○を付けてください。



该症状是从什么时候开始的？
/この症状はいつからありますか。

____ 年/年 ____ 月/月 ____ 日/日 上午/午前、下午/午後 ____ 点/時 ____ 分左右开始/分ごろから

目前是否有在服用的药物？*包括维生素、营养剂和保健品。
/現在、飲んでいる薬はありますか。 ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- ☐ 否/いいえ ☐ 是/はい
- *携带药物或“用药手册”的患者，请出示
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方		药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

目前是否有在治疗的疾病，或者以前曾经治疗过的疾病？
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか。

☐ 否/いいえ ☐ 是/はい *在“是”上划勾的患者，请在疾病一览表选择疾病名称，填写接受过治疗的医疗机构的名称。
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

疾病名称 (可以填写下列一览表的号码) /疾患名 (下記リスト番号可)		治疗经过 /治療経過		医疗机构名称 /医療機関名
		☐ 治愈/治癒 ☐ 治疗中断/治療中断	☐ 正在治疗中/現在治療中 ☐ 没有治疗/未治療	
		☐ 治愈/治癒 ☐ 治疗中断/治療中断	☐ 正在治疗中/現在治療中 ☐ 没有治疗/未治療	
		☐ 治愈/治癒 ☐ 治疗中断/治療中断	☐ 正在治疗中/現在治療中 ☐ 没有治疗/未治療	
		☐ 治愈/治癒 ☐ 治疗中断/治療中断	☐ 正在治疗中/現在治療中 ☐ 没有治疗/未治療	

<疾病一览表>/<疾患リスト>

疾病的分类 /疾患の系統		疾病名称 /疾患名				
①	消化系统疾病 /消化器系の疾患	a. 胃溃疡 /消化管潰瘍	b. 肝炎 /肝炎	c. 肝硬化 /肝硬変	d. 其他 /その他	
②	循环系统疾病 /循環器系の疾患	a. 高血压 /高血圧	b. 心绞痛、心肌梗塞 /狭心症・心筋梗塞	c. 心律不齐 /不整脈	d. 心力衰竭 /心不全	e. 其他 /その他
③	呼吸系统疾病 /呼吸器系の疾患	a. 哮喘 /喘息	b. 慢性阻塞性肺疾病 /慢性閉塞性肺疾患	c. 肺炎 /肺炎	d. 肺结核 /肺結核	e. 其他 /その他
④	肾、泌尿系统疾病 /腎・泌尿器系の疾患	a. 慢性肾功能不全 /慢性腎不全	b. 肾结石、输尿管结石 /腎・尿管結石	c. 尿路感染 /尿路感染症	d. 其他 /その他	
⑤	脑神经系统疾病 /脳神経系の疾患	a. 脑梗塞 /脳梗塞	b. 脑出血 /脳出血	c. 癫痫 /てんかん	d. 其他 /その他	
⑥	内分泌代谢系统疾病 /内分泌代謝系の疾患	a. 糖尿病 /糖尿病	b. 高脂血症 /高脂血症	c. 甲状腺功能障碍 /甲状腺機能障害	d. 高尿酸血症 /高尿酸血症	e. 其他 /その他
⑦	骨骼、肌肉的疾病 /骨・筋肉の疾患	a. 风湿性、类风湿性 关节炎/関節リウマチ	b. 骨质疏松症 /骨粗鬆症	c. 膝关节病 /変形性膝関節症	d. 椎间盘突出 /椎間板ヘルニア	e. 痛风 /痛風
⑧	妇产科疾病 /産婦人科の疾患	a. 子宫肌瘤 /子宮筋腫	b. 痛经 /月経困難症	c. 不孕 /不妊症	d. 其他 /その他	
⑨	眼睛疾病 /眼の疾患	a. 白内障 /白内障	b. 青光眼 /緑内障	c. 视网膜病变 /網膜症	d. 其他 /その他	
⑩	恶性肿瘤 /悪性腫瘍	a. 胃癌 /胃がん	b. 大肠癌 /大腸がん	c. 肝癌、胆囊癌、胰腺癌 /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. 乳腺癌 /乳がん	e. 子宫癌 /子宮がん
		f. 肺癌 /肺癌	g. 其他 /その他			
⑪	精神疾病 /精神の疾患	a. 忧郁症 /うつ病	b. 精神分裂症 /統合失調症	c. 其他 /その他		
⑫	耳鼻喉科疾病 /耳鼻科の疾患	a. 耳聋 /難聴	b. 头晕 /めまい	c. 耳鸣 /耳鳴	d. 花粉症 /花粉症	e. 其他 /その他
⑬	血液疾病 /血液の疾患	a. 贫血 /貧血	b. 白血病 /白血病	c. 其他 /その他		
⑭	皮肤疾病 /皮膚の疾患	a. 特异性皮炎 /アトピー性皮膚炎	b. 癣症(足癬) /白癬症(水虫)	c. 其他 /その他		

以前是否动过手术？
/今までに手術をしたことがありますか。

☐ 否/いいえ ☐ 是/はい *在“是”上划勾的患者，请在下面填写手术史
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

疾病名称 /疾患名	手术名称 /手術名	手术时期 /手術をした時期	实施手术的医疗机构 /手術をした医療機関

*如果忘了具体的手术日期，可以填写“年龄”、“手术年份”。
/詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

是否有吸烟的习惯？
/習慣的に、たばこを吸いますか。

☐ 否/いいえ ☐ 是/はい ☐ 以前吸过/以前吸っていた

吸烟量 /喫煙量	吸烟期间 /喫煙期間	戒烟年份 /喫煙をやめた年
_____支/天/本/日	_____年/年_____月/月	_____年/年

*目前还在继续吸烟的患者，不需填写戒烟年份。
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

是否有饮酒的习惯？
/習慣的にお酒を飲みますか。

☐ 否/いいえ ☐ 是/はい ☐ 以前有饮酒的习惯/以前飲酒する習慣があった

☐ 啤酒/ビール	_____/天/日	☐ 威士忌/ウイスキー	_____/天/日
☐ 清酒/日本酒	_____/天/日	☐ 葡萄酒/ワイン	_____/天/日
☐ 其他/その他	_____/天/日		

仅限于女性回答。是否在怀孕，或者有怀孕的可能？
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

☐ 否/いいえ ☐ 是/はい ☐ 不知道/わからない

目前是否在哺乳？
/現在、授乳中ですか。

☐ 否/いいえ ☐ 是/はい

如在就诊时有以下的要求，请划勾。
/診察でのあなたのご希望がある場合は、☑をしてください。

- ☐ 请事先告诉医疗费的大概金额/あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- ☐ 如有翻译时，请派翻译/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- ☐ 其他/その他：