

精神科 问诊表/精神科 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 (西曆)	年/年 月/月 日/日 (岁/歳)		PR=	/分
身高、体重 / 身長・体重	厘米/cm 公斤/kg		BP=	mmHg
有无过敏 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 食物/食べ物:		RR=	/分
	<input type="checkbox"/> 药/薬:		SPO2=	%
		性别/性別	<input type="checkbox"/> 男/男性	<input type="checkbox"/> 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。)

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 失眠/不眠 | <input type="checkbox"/> 心神不定/不安 | <input type="checkbox"/> 紧张/緊張する | <input type="checkbox"/> 心情忧郁/気分が滅入る | <input type="checkbox"/> 提不起精神/やる気が出ない | <input type="checkbox"/> 注意力下降/集中力低下 |
| <input type="checkbox"/> 家庭的烦恼/家庭の悩み | <input type="checkbox"/> 工作的烦恼/職場の悩み | <input type="checkbox"/> 学校的烦恼/学校の悩み | <input type="checkbox"/> 食欲异常/食欲異常 | <input type="checkbox"/> 对人恐惧/人が怖い | <input type="checkbox"/> 幻听、幻觉/幻聴・幻覚 |
| <input type="checkbox"/> 想死/死にたくなる | <input type="checkbox"/> 有其他症状/身体
の症状がある | <input type="checkbox"/> 心悸/動悸 | <input type="checkbox"/> 呼吸困难/息苦しさ | <input type="checkbox"/> 手心出汗/手に汗をかく | <input type="checkbox"/> 身体在无意识地动
/身体が勝手に動く |
| <input type="checkbox"/> 体重下降/体重が減る | <input type="checkbox"/> 身体不能动/身体
がうごかない | <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他 / その他: | | | | | |

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。

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

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。

从 年/年 月/月 日/日 开始/から

目前症状是否有改善?
/現在、その症状はよくなっていますか。

- 有所改善/よくなってきている 在恶化/悪くなってきている

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		

**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	_____年/年_____月/月

*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。

<input type="checkbox"/> 啤酒/ビール	_____ /天/日	<input type="checkbox"/> 威士忌/ウイスキー	_____ /天/日
<input type="checkbox"/> 清酒/日本酒	_____ /天/日	<input type="checkbox"/> 葡萄酒/ワイン	_____ /天/日
<input type="checkbox"/> 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：

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
本資料は在医生及法律专家的監修下所編撰的，因日本和其他国家的语言和制度上的不同，有不同的解释时，以日语为准。