

外科 问诊表/外科 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: <input type="checkbox"/> 药/薬:	RR=	/分	
		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。)

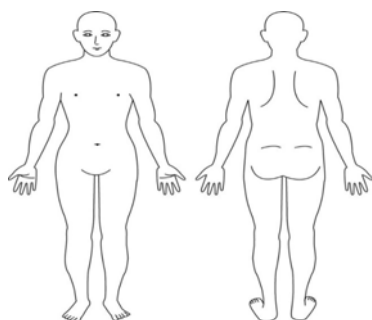
- | | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 肿胀/腫脹 | <input type="checkbox"/> 疼痛/痛み | <input type="checkbox"/> 肿块/しこり | <input type="checkbox"/> 发烧/発熱 | <input type="checkbox"/> 痔疮/痔 | <input type="checkbox"/> 腹泻/下痢 |
| <input type="checkbox"/> 便秘/便秘 | <input type="checkbox"/> 大便带血/便に血が混じる | <input type="checkbox"/> 体重减轻/体重減少 | <input type="checkbox"/> 没有食欲/食欲がない | <input type="checkbox"/> 恶心/吐き気 | <input type="checkbox"/> 呕吐/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 吞咽困难/食事がのどにつかえる | <input type="checkbox"/> 受伤/けが | <input type="checkbox"/> 扭伤/ねんざ | <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: | | | | | |

请在大便的状态上划勾。
/便の性状に☑してください。

- | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 灰白色/灰白色 | <input type="checkbox"/> 褐色/茶色 | <input type="checkbox"/> 黑色/黒色 | <input type="checkbox"/> 便血/血便 | <input type="checkbox"/> 水样/水様 | <input type="checkbox"/> 软便/軟便 |
| <input type="checkbox"/> 一般/普通 | <input type="checkbox"/> 硬便/硬い便 | *一天排便的次数/一日の排便回数: _____次/回 / 天/日 | | | |

询问您的症状。
/症状についてご質問します。

请在出现症状的部位上划圈。
/症状のある部分に○を付けて下さい。



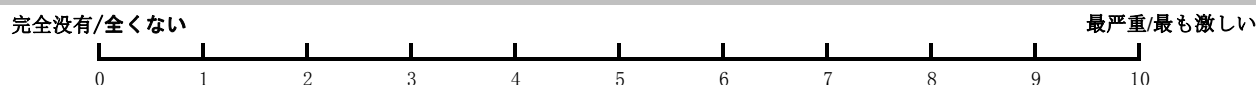
什么时候出现症状?
/症状はどのようなときに現れますか。

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 早晨/朝 | <input type="checkbox"/> 中午/昼 | <input type="checkbox"/> 傍晚/夕方 | <input type="checkbox"/> 睡眠时/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> 起床时/起床時 | <input type="checkbox"/> 没规律/不定期 | <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きている |
| <input type="checkbox"/> 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。

从 _____ 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
		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 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/消化器潰瘍 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. 癲病/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. 甲状腺机能障碍/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
	f. 其他/その他
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	_____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。

<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，因日本和其他國家的語言和制度上的不同，有不同的解釋時，以日語為準。