

眼科問診表/眼科問診票

患者姓名 /患者氏名				医疗机构填写处 /医療機関記入欄	BT= °C
出生年月日 (公历) /生年月日 (西暦)	年/年	月/月	日/日	PR= /分	
	(岁/歳)			BP= mmHg	
身高、体重 / 身長・体重	厘米/cm	公斤/kg	性别/性別	RR= /分	
			□ 男/男性	SPO2= %	
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:				□ 女/女性

今天是因为哪个部位的症状而来?
/今日はどの部位の症状でこられましたか

- 右眼/右眼 左眼/左眼 两眼/両眼 眼睛周围
/眼の周囲 眼皮/瞼

有什么症状? (如果有多项的相关症状, 请全部划勾。)
/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"/> 看不清楚
/見えにくい | <input type="checkbox"/> 眼屎
/目やに | <input type="checkbox"/> 痒/かゆみ | <input type="checkbox"/> 肿胀/腫れ | <input type="checkbox"/> 眼睛疼痛/眼の痛み | <input type="checkbox"/> 眼干涩
/眼が乾燥する |
| <input type="checkbox"/> 眼睛有异物感/眼の異物
感 | <input type="checkbox"/> 看东西有重影
/物が二重に見える | <input type="checkbox"/> 看东西时物体变形
/物が歪んで見える | <input type="checkbox"/> 畏光/まぶしい | <input type="checkbox"/> 流眼泪
/涙が出来る | <input type="checkbox"/> 视野缺损
/視界が欠けて見える |
| <input type="checkbox"/> 眼前有黑点
/黒い点が見える | <input type="checkbox"/> 肿物或疙瘩/でき
もの | <input type="checkbox"/> 充血/充血 | <input type="checkbox"/> 视野里有刺眼的强光
/視野にギラギラした光が見える | | |

眼睛里进入了东西/眼の中に何かが入った
*请填写眼睛里进入了什么东西
/眼の中に入ったものを書いてください:

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 :

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、サプリメントも含みます。

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"/> 治疗中断/治療中断	<input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療
		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断	<input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療
		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断	<input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療
		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断	<input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <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. 胃肠溃疡 /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. 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 /月經困難症	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/綠内障	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(足癣) /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ほしい。

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: