

眼科 问诊表/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=	℃
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
			RR=	/分
			SPO2=	%
身高、体重 / 身長・体重	厘米/cm                      公斤/kg	性别/性別	<input type="checkbox"/> 男/男性 <input type="checkbox"/> 女/女性	
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：			

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。）

- ☐ 看不清楚  
/見えにくい
- ☐ 眼屎  
/目やに
- ☐ 痒/かゆみ
- ☐ 肿胀/腫れ
- ☐ 眼睛疼痛/眼の痛み
- ☐ 眼干涩  
/眼が乾燥する
- ☐ 眼睛有异物感/眼の異物感
- ☐ 看东西有重影  
/物が二重に見える
- ☐ 看东西时物体变形  
/物が歪んで見える
- ☐ 畏光/まぶしい
- ☐ 流眼泪  
/涙が出る
- ☐ 视野缺损  
/視界が欠けて見える
- ☐ 眼前有黑点  
/黒い点が見える
- ☐ 肿物或疙瘩/できもの
- ☐ 充血/充血
- ☐ 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
- ☐ 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：
- ☐ 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：

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	

## &lt;疾病一览表/疾患リスト&gt;

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. 胃溃疡病 /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	_____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：