

## 耳鼻喉科 问诊表/耳鼻咽喉科 問診票

<b>患者姓名 /患者氏名</b>		<b>医疗机构填写处 /医療機関記入欄</b>	BT=	℃
<b>出生年月日 (公历) /生年月日 (西曆)</b>	年/年      月/月      日/日 (      岁/歳)		PR=	/分
<b>身高、体重 / 身長・体重</b>	厘米/cm      公斤/kg		BP=	mmHg
<b>有无过敏 /アレルギーの有無</b>	<input type="checkbox"/> 食物/食べ物: <input type="checkbox"/> 药/薬:		RR=	/分
			SPO2=	%
		<b>性别/性別</b>	<input type="checkbox"/> 男/男性	<input type="checkbox"/> 女/女性

**今天您想就诊哪个部位?  
/今日はどの部位を診察ご希望ですか。**

- 耳朵/耳            右/右       左/左       双方/両方  
 鼻/鼻            右/右       左/左       双方/両方  
 喉咙/のど

**在“耳朵”上划勾的患者，有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）  
/「耳」に☑された方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。）**

- 耳鸣/耳鳴り       耳朵疼/耳が痛い       耳聋/難聴       耳漏/耳だれ       耳朵有闭塞的感觉/耳閉感  
 头晕/めまい       有东西进入了耳朵/耳に物が入った      \* 请填写耳朵里进入了什么东西/耳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：

**在“鼻子”上划勾的患者，有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）  
/「鼻」に☑された方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。）**

- 鼻血/鼻血       鼻涕/鼻水       无法识别气味/においがわからない       鼻塞/鼻づまり       喷嚏/くしゃみ       鼾声/いびき  
 异臭/異臭       东西进入了鼻子里/鼻に物が入った      \*请填写鼻子里进入了什么东西/鼻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       花粉症/花粉症       其他/その他：

**在“喉咙”上划勾的患者，有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）  
/「喉」に☑された方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。）**

- 口腔溃疡/口内炎       喉咙里出血/喉から血が出る       吞咽困难/飲み込みにくい       声音嘶哑/声がかれる       舌头疼/舌が痛い       喉咙疼/のどが痛い  
 脸、颈部肿胀/顔・首の腫れ       味觉异常/味覚異常       咳嗽/咳       痰/痰  
 喉咙有东西卡着/喉に物が引っかかっている      \*请填写卡在喉咙里的东西/喉に引っかかっているものを書いてください       喉咙好像有东西堵的感觉/喉に物が詰まった感じ  
 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

**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       起床时/起床時       睡眠时/就寝中       不定期/不定期       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。**

- 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

**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：