

■基本情報（全てお答えください） / 基本资讯（请回答所有问题）

名前/ 姓名	性別/性別 □男性/ 男 □女性/ 女
生年月日/ 出生年月日	年齢/ 年齡
住所/ 住址：	電話番号/ 电话号码

■お困りの症状を教えてください。（チェックしてください）

请告诉我们您的症状（请在符合您状况的项目处打勾）

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 熱がある<br>/ 发烧           | <input type="checkbox"/> のどが痛い<br>/ 喉咙痛   | <input type="checkbox"/> 咳が出る<br>/ 咳嗽     | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る<br>/ 流鼻水 |
| <input type="checkbox"/> たんが出る<br>/ 出痰          | <input type="checkbox"/> 息が苦しい<br>/ 呼吸困难  | <input type="checkbox"/> 鼻づまり<br>/ 鼻塞     | <input type="checkbox"/> お腹が痛い<br>/ 腹痛  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔気<br>/ 呕吐・想吐       | <input type="checkbox"/> 下痢<br>/ 腹泻       | <input type="checkbox"/> 便秘<br>/ 便秘       | <input type="checkbox"/> 頭が痛い<br>/ 头痛   |
| <input type="checkbox"/> 胸が痛い<br>/ 胸痛           | <input type="checkbox"/> 動悸<br>/ 心悸       | <input type="checkbox"/> 不整脈<br>/ 心律不整    | <input type="checkbox"/> むくみ<br>/ 浮肿    |
| <input type="checkbox"/> 血圧が高い<br>/ 高血压         | <input type="checkbox"/> 血中脂質が高い<br>/ 高血脂 | <input type="checkbox"/> 尿酸値が高い<br>/ 高尿酸  | <input type="checkbox"/> 貧血<br>/ 贫血     |
| <input type="checkbox"/> 血糖値が高い<br>/ 高血糖        | <input type="checkbox"/> 糖尿病<br>/ 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 発疹・湿疹<br>/ 出疹・湿疹 | <input type="checkbox"/> 元気がない<br>/ 没精神 |
| <input type="checkbox"/> 疲れが取れない<br>/ 疲惫感       | <input type="checkbox"/> 肩こり<br>/ 肩颈僵硬    | <input type="checkbox"/> 腰痛<br>/ 腰痛       | <input type="checkbox"/> 眠れない<br>/ 睡不着  |
| <input type="checkbox"/> 物忘れ・認知症<br>/ 痴呆・失智症    | <input type="checkbox"/> めまい<br>/ 头晕      | <input type="checkbox"/> しびれ<br>/ 四肢麻痺    | <input type="checkbox"/> 頻尿<br>/ 频尿     |
| <input type="checkbox"/> 排尿時痛<br>/ 排尿疼痛         | <input type="checkbox"/> 出血<br>/ 出血       | <input type="checkbox"/> 残尿感<br>/ 残尿感     |   |
| <input type="checkbox"/> 捻挫・打撲・怪我<br>/ 扭伤・撞伤・外伤 |   |   |   |

■具体的に教えてください/ 请具体告诉我们

■それはいつからですか？/ 何时开始的？

■ これまでにかかった病気はありますか？ / 是否有过往症？

はい/有  いいえ/无

「はい」と答えた方は具体的に教えてください。 / 回答有的患者请详细填写

---

■ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

/ 是否有药物或食物过敏史？

はい/有  いいえ/无

「はい」と答えた方は具体的に教えてください。 / 回答有的患者请详细填写

---

- |   |  |   |                                       |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧<br>/ 高血圧     | <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常症<br>/ 代謝症候群                    | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症<br>/ 高尿酸血症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病<br>/ 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 喘息/ 気喘           | <input type="checkbox"/> がん/ 癌症                                | <input type="checkbox"/> 不眠/ 失眠           | <input type="checkbox"/> 貧血/ 貧血       |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患<br>/ 甲状腺疾病 | <input type="checkbox"/> 心臓病<br>/ 心脏病                          | <input type="checkbox"/> 腎臓病<br>/ 肾脏病     | <input type="checkbox"/> 肝臓病<br>/ 肝脏病 |
| <input type="checkbox"/> 認知症/ 失智症         | <input type="checkbox"/> アレルギー（花粉症、アトピーなど）<br>/ 過敏（花粉症、异位性皮膚炎） |   | <input type="checkbox"/> その他/ 其他      |
- 

■ これまでに手術を受けたことはありますか？ / 是否接受过手术治疗？

はい/有  いいえ/无

「はい」と答えた方は具体的に教えてください。 / 回答有的患者请详细填写

---

■ その他、ご質問・ご希望等ありましたらご遠慮なく教えてください。

/ 如有其他疑问,欢迎随时咨询

診断書が欲しい / 需要诊断书

紹介状が欲しい / 需要介绍信

点滴などあればつらい症状から解放されたい / 想接受点滴治疗迅速改善症状

その他/其他：

■ 【優先診療やキャッシュレス決済をご希望の方】 迅速な診療体制維持と患者様の多様なニーズにお応えするために、当院では下記の「予約料（優先診療やキャッシュレス決済に対応）」を設けております。 / 为了维持迅速诊断流程及提供优质的客制化服务,我们设置「预约制诊疗」项目,您将能优先接受诊疗以及使用信用卡付款。(只适用于使用日本保险卡的病患)

普段通りの診療を希望する（順番でのご案内、現金会計） / 普通诊疗（照号看诊, 现金付款）

予約診療（220-440 円）を希望する（繰り上げ診療、現金/キャッシュレス 会計） / 预约诊疗（220-440 日圆）（优先看诊, 现金或信用卡付款方式）

予約診療（3300 円）希望する（30 分以内に診療終了したい（点滴加療時間除く）、現金/キャッシュレス 会計） / 快速诊断（3300 日圆）（除了点滴治疗以外, 30 分钟以内结束看诊, 提供您最迅速的服务以及现金或信用卡付款方式）