

耳鼻科問診表

耳鼻科問診票

中文 中国語

| | | | |
|--------------------------|---------------------|-------|----------|
| 姓名 名前 | | 性別 性別 | 男・女 |
| 出生年月日 生年月日 | _____年_____月_____日 | 体重 体重 | _____ kg |
| 住址・电话 住所・電話 | 〒 _____ 电话 電話 _____ | | |
| 是否持有健康保险证 健康保険証を持っていますか? | 有 はい 无 いいえ | | |

① 请在符合您症状的项目处打圈

あてはまる症状に☑印を付けて下さい。

- 耳朵 (耳垢多 耳あか 听力减退 聞こえにくい 疼痛 耳が痛い 痒 耳がかゆい 耳鸣 耳なり 流脓水 耳だれ)
- 鼻子 (流鼻涕 鼻水 鼻塞 鼻づまり 鼻涕倒流 鼻水がのどに流れてくる 流鼻血 鼻血 嗅觉迟钝 においがわからない)
- 花粉过敏 花粉症 过敏性鼻炎 アレルギー性鼻炎)
- 咽喉 (咽喉疼痛 のどが痛い 吞咽困难 飲み込みにくい 咽喉部异物感 のどに何か詰まった感じがする)
- 声音嘶哑、难发声 声がかれる、出にくい 味觉异常 味がわからない、味がおかしい 有痰 たんが絡む)
- 咳嗽 咳 发烧 熱 打鼾、睡眠呼吸中止的检查、咨询 いびき、睡眠時無呼吸の検査、相談 头晕 めまい)
- 其他 その他 (_____)

② 何时开始的?

いつごろからですか?

[_____]

③ 请勾选您想做的检查

以下のなかで希望する検査がありますか?

- 电脑断层扫描 CT検査 过敏血液检查 アレルギー血液検査 眩晕检查 めまい検査 睡眠呼吸中止的检查 睡眠時無呼吸検査
- 咨询后再决定 相談してから検討したい

④ 过去是否因重大疾病接受过治疗或手术?

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか?

否 いいえ 是 はい [_____]

⑤ 目前是否正在接受治疗?

現在治療中の病気はありますか?

否 いいえ 是 はい [_____]

⑥ 是否正在服药?

現在、飲んでいるお薬はありますか?

否 いいえ 是 はい [_____]

⑦ 是否吸烟、饮酒?

喫煙、飲酒について教えてください

吸烟: 不吸烟 吸わない 吸烟 吸う(_____ 支/天 本/日 _____ 年 年間)

戒烟了 禁煙した(_____ 年前 開始 前年から) 在那之前 それまで 喫煙(_____ 支/天 本/日 _____ 年 年間)

饮酒: 不饮酒 飲まない 饮酒 飲む(一周 週 _____ 天 日) 类型・ _____ 数量 種類・量(_____)

⑧ 是否有药物或食物过敏史?

今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?

否 いいえ 是 はい [_____]

⑨ 现在是否正在怀孕或可能怀孕?

現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか?

否 いいえ 是 はい (怀孕中 妊娠中 可能怀孕 妊娠の可能性あり 哺乳中 授乳中)

⑩ 从哪里得知本院?

当院をどちらでお知りになりましたか?

互联网 インターネット 招牌 看板 熟人 知人 经过 通りがかり 其他 其他(_____)