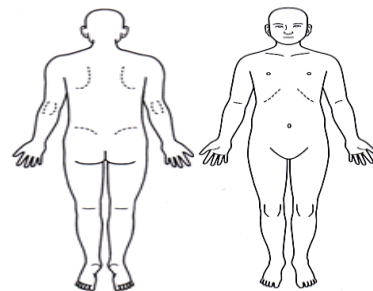


内科问诊表

記入日： 年 月 号

姓名/氏名				年 齡	性別	工作/職業
				岁/才	男 · 女	
身高	厘米/cm	体 重	公斤/kg	体 温	°C	

①今天有什么症状？今日はどのような症状がありますか（如果有多症状，请全部打上记号）

☐ 发烧（ °C） ☐ 咳嗽（咳） ☐ 头痛（頭痛） ☐ 咽喉痛 ☐ 鼻涕（鼻水） ☐ 胸痛☐ 呼吸困难 ☐ 腹痛 ☐ 恶心（吐き気） ☐ 嘔吐 ☐ 胃痛☐ 拉肚子（下痢） ☐ 头晕（めまい） ☐ 其他（その他）

② 该症状什么时候开始的？（この症状はいつからですか）

③ 睡眠情况如何？（好・不好） 有食欲吗？食欲はありますか（有・没有）

排便次数（ 天 次 ） 排尿次数（ 1天 約 次 ）

④ 您是否會患有以下疾病？今までに次の病気にかかったことがありますか

☐ 高血压 ☐ 糖尿病 ☐ 心脏病 ☐ 肝脏病 ☐ 肾脏病 ☐ 阑尾炎 ☐ 脑梗塞 ☐ 肺部疾病☐ 哮喘 ☐ 癌 ☐ 其他（ ）

⑤ 有没有正在治疗的疾病？（哪里医院？ ）

是否正在服药？ 否 · 是（ ）

※携带“用药手册”的患者，请出示

⑥ 家人中有人有疾病吗？ 否 · 是（谁 ）（病名 ）

⑦ 是否會有过过敏反应？アレルギーを起こしたことがありますか

食物（ ） · 药名（ ） · 其他（ ）

⑧ 酒 喝 · 不喝 种类（ ） 量（ ml ）/天

香烟 不吸烟 · 吸烟（ ）本/天 戒烟后（ ）年

⑨ 1个月以内有去外国吗？ 否 · 是 （ 本人 · 家族 ）
国名（ ）

⑩ 过去1年是否接受健康检查？ 否 · 是 指出事项（ ）

⑪ 是否同意使用My Number健保卡取得诊疗资讯？ 否 · 是

⑫ 以下询问女性患者

上次月经期间（ 年 月 号～ 年 月 号） · 闭经（ 岁前后）

現在怀孕吗？ 是（ ）週目 · 否 · 不知道 · 哺乳中