

请在符合  您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください 年 ねん 年 ねん 月 がつ 月 がつ 日 にち 日 にち

姓名 <small>なまえ</small> 名前			<input type="checkbox"/> 男 <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> 女 <small>おんな</small> 女
出生年月日 <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	_____ 年 <small>ねん</small> 年	_____ 月 <small>がつ</small> 月	_____ 日 <small>にち</small> 日	电话 <small>でんわ</small> 電話
住址 <small>じゅうしょ</small> 住所				
是否持有健康保险证 <small>けんこうほけんも</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 <small>はい</small> はい		<input type="checkbox"/> 没有 <small>いいえ</small> いいえ	
国籍 <small>こくせき</small> 国籍			语言 <small>ごたば</small> 言葉	

有何症状? どうしましたか

<input type="checkbox"/> 发烧( <small>ねつ</small> °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> 嗓子痛 <small>のどが</small> 痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> 头痛 <small>あたま</small> 痛い
<input type="checkbox"/> 胸痛 <small>むね</small> 痛い	<input type="checkbox"/> 出疹子 <small>ぼっしん</small>	<input type="checkbox"/> 心悸, 心慌 <small>どうき</small>	<input type="checkbox"/> 气短 <small>いきぎ</small> 切れ
<input type="checkbox"/> 浮肿 <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> 头晕 <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> 胸闷 <small>むね</small> 苦しい	<input type="checkbox"/> 腹痛 <small>おなか</small> 痛い
<input type="checkbox"/> 胃痛 <small>い</small> 痛い	<input type="checkbox"/> 高血压 <small>こうけつあつ</small> 高血圧	<input type="checkbox"/> 麻木 <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> 口干 <small>くち</small> かわく
<input type="checkbox"/> 体重减轻 <small>たいじゆうへ</small> 体重が減っている	<input type="checkbox"/> 腹胀 <small>なか</small> 張る	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <small>しょくよく</small> 食欲がない	
<input type="checkbox"/> 呕吐 <small>おと</small>	<input type="checkbox"/> 恶心 <small>はきけ</small> 吐き気	<input type="checkbox"/> 腹泻 <small>げり</small> 下痢	<input type="checkbox"/> 血便 <small>けつべん</small> 血便
<input type="checkbox"/> 浑身无力 <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> 易疲倦 <small>つか</small> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 其他 <small>その他</small>	

何时开始的? それはいつからですか  
 \_\_\_\_\_ 年 ねん 年 \_\_\_\_\_ 月 がつ 月 \_\_\_\_\_ 日 にち 日から

是否有药物或食物过敏史 くすり た もの 薬や食べ物でアレルギーが出ますか  
 有 はい →  药物 くすり 薬  食物 た もの 食べ物  其他 その他  无 いいえ

是否正在服药? げんざいの 現在飲んでいる薬はありますか  
 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 も 持っていれば見せてください  否 いいえ

现在是否正在怀孕或可能怀孕 にんしん 妊娠していますか、またその可能性はありますか  
 是 はい → \_\_\_\_\_ 几个月 かげつ ヶ月  否 いいえ

是否正在哺乳 じゆにゅうちゆう 授乳中ですか  是 はい  否 いいえ

以前是否患过以下疾病? いま 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> 肠胃病 <small>いちょう</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 <small>かんぞう</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 <small>しんぞう</small> 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 肾脏病 <small>じんぞう</small> 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 结核病 <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <small>とうようびよう</small> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 哮喘 <small>ぜんそく</small>	<input type="checkbox"/> 高血压 <small>こうけつあつしよう</small> 高血圧症
<input type="checkbox"/> 艾滋病 <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 梅毒 <small>ばいどく</small> 梅毒	<input type="checkbox"/> 其他 <small>その他</small>

有没有正在治疗的疾病 げんざい 現在治療している病気はありますか  是 はい  否 いいえ

是否接受过手术治疗? しゆじゆつ 手術を受けたことがありますか  是 はい  否 いいえ

是否接受过输血? ゆけつ 輸血を受けたことがありますか  是 はい  否 いいえ

今后能不能自己带翻译? こんご 今後、通訳を自分で連れてくることができますか  
 是 はい  否 いいえ