

## 受付 掛號

発熱のある方は受付前に申し出てください。

有發燒症狀的患者請在掛號前，提前告知。

はい。発熱しています。

是的，現在在發燒。

いいえ。発熱していません。

不，現在不發燒。

下痢、腹痛のある方は申し出てください。

有腹瀉，腹痛的患者請告知。

はい。下痢しています。

是的，有腹瀉症狀。

はい。腹痛です。

是的，有腹痛。

いいえ。下痢、腹痛ともありません。

不，沒有腹瀉，腹痛。

( )が疑われますので、隔離する必要があります。(表3を参照して記号・番号で記入)

懷疑為( )，有必要進行隔離。(請參照表3 填寫記號 / 號碼。)

伝染病の病気が疑われます。

懷疑為傳染病。

伝染病専門施設での治療が必要です。

須到传染病专门机构接受治疗。

いつ日本に来ましたか？

您是什麼時候到日本的？

( )日・月・年 前

( )日 / 月 / 年 年前

どこの国からきましたか？

來自哪個國家？

(国名: )

(國家名: )

最近日本以外の国に行きましたか？

最近去過日本以外的國家嗎？

はい。( )に行きました。

是的，去過( )

いいえ、行きません。

沒有去過。

あなたはこの病院で治療を受けたことはありますか？

您在本醫院接受過治療嗎？

はい。以前に治療を受けました。

是的，以前接受過治療。

その診療科はどこですか？ (表2を参照して記号・番号で記入)

是在哪個科室接受治療的？ (請參照表2 填寫記號 / 號碼。)

診察券をお出してください。

請出示就診卡。

いいえ。ありません。

沒有。

普段通院している病院はありますか？

是否有平時常就診的醫院？

はい。あります。(病院名： )

有。(醫院名： )

いいえ。ありません。

沒有。

紹介状を持ってきましたか？

您帶來了介紹信嗎？

はい。持ってきました。

是的，帶來了。

いいえ。持ってきません。

不，沒帶來。

紹介状を持っていないと、医療費とは別に保険外併用療養費として¥〇〇〇円を支払っていただくことになりませんが、よろしいですか？

如果沒有帶來介紹信，除了醫療費之外還需支付保險外并用療養費¥\_\_\_\_\_日元，可以嗎？

はい。支払います。

是的，可以。

日本の健康保険証を持ってきましたか？

您帶了日本的健康保險證嗎？

はい。持ってきました。

是的，帶來了。

持っていますが、今日は持ってきていません。

雖然有，但是今天沒有帶來。

いいえ。持っていません。

不，沒有保險證。

健康保険証を持っていないと医療費は全額自己負担で、現金かクレジットカードで払っていただくことになりますが、よろしいですか？

如果沒有健康保險證，醫療費需要您用現金或信用卡全額自負，是否可以？

はい。現金で支払います。

好的，我付現金。

はい。クレジットカードで支払います。

好的，我刷信用卡。

現金の持ち合わせがないので、後日支払いに来ます。

因為沒有帶現金，我改天再過來付。

身分を証明できるものがあればお出してください。

如果有可以證明身份的證件，請出示一下。

コピーをとらせていただきます。

現在復印您的證件。

申込書  
登記表

カルテと診察券を作りますので、お呼びするまでお待ちください。この申込書に次の項目を記入してください。  
因為要給您做病歷簿和就診卡，請稍後，到時再叫您。

請在登記表上填寫下列項目。

名前	国籍				
姓名 _____	国籍 _____				
性別	男性	女性	年齢	生年月日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	年齢 _____	出生年月日 _____	_____ / _____ / _____
				年 月 日	
現住所					
現住址 _____					
電話番号					
電話號碼 _____ ( _____ )					
職業					
職業 _____					
勤務先名			電話番号		
工作單位名 _____			電話號碼 _____		

問診票  
問診單

どうしましたか？

您哪裡不舒服？

一般

一般

検診希望

希望接受體檢

検診で異常を指摘された

在體檢中被指出有異常  
痛い(部位: \_\_\_\_\_)

疼痛(部位: \_\_\_\_\_)

体重が減った

體重減少

寒気がする

發冷

予防接種希望

希望接種疫苗

けがをした(部位: \_\_\_\_\_)

受傷(部位: \_\_\_\_\_)

熱がある だるい

發燒  乏力

痒い(部位: \_\_\_\_\_)

發癢(部位: \_\_\_\_\_)

食欲が無い

沒有食慾

口が渴く

口乾

## 頭部・目・耳・鼻・のど

□頭、眼耳、鼻、喉嚨

気を失った

□暈厥

鼻水・鼻づまり

□鼻涕鼻塞

めまい

□眩暈

目がかすむ

□視力模糊

物忘れ

□健忘

咽頭痛

□咽喉痛

耳鳴り

□耳鳴

二重に見える

□重影

## 胸部（呼吸器/循環器）

□胸部（呼吸器/循環器）

咳

□咳嗽

動悸

□心悸

胸痛

□胸痛

血痰・喀血

□血痰、咳血

痰

□痰

息切れ

□氣短

喘鳴

□喘鳴

呼吸困難

□呼吸困難

## 腹部(消化器/泌尿器/生殖器)

□腹部（消化器官 / 泌尿器官 / 生殖器官）

腹痛

□腹痛

飲み込みづらい

□呑嚥難受

腹が張る

□腹脹

頻尿

□頻尿

月経異常

□月経異常

妊娠が心配

□擔心懷孕

下痢

□腹瀉

嘔気・嘔吐

□噁心、嘔吐

血を吐いた

□吐血

乏尿

□少尿

おりもの

□白帶

胸焼け

□焼心

便秘

□便秘

血尿

□血尿

排尿痛

□排尿痛

不正出血

□不正出血

## 筋骨格系／皮膚

□筋骨格系 / 皮膚

腰痛

□腰痛

力が入らない

□無力

腫れている

□發腫了

痺れ

□麻痺

痙攣する

□痙攣

筋肉痛

□肌肉痛

発疹

□出疹

その他の症状( )  
□其他症状( )

診察  
診察

【現病歴】

[當前病史]

今の症状はいつ頃からはじまりましたか？

現在の症状是從什麼時候開始出現的？

一時間前                  一日前                  一週間前                  一ヶ月前                  その他  
□一小时前                  □一天前                  □一周前                  □一ヶ月前                  □其他

どのくらいの頻度でおこりますか？

症状的出現頻率為多少？

数分に1回                                  1時間に数回  
□幾分鐘一次                                  □一小時數次  
1日のうちで何回か                                  1週間のうちで何回か  
□一天内幾次                                  □一周内幾次  
1ヶ月のうちで何回か                                  その他  
□一ヶ月内幾次                                  □其他

その症状はどのくらい続きますか？

該症状每次持續多長時間？

数秒間                                  数分間                                  数時間  
□數秒鐘                                  □數分鐘                                  □數小時  
1日中                                  数日間                                  数週間  
□一整天                                  □數天                                  □數週  
数ヶ月                                  その他  
□數月                                  □其他

周囲に同じ症状の人はいますか？

周圍有相同症狀的人嗎？

はい。います。(誰が？ )                                  いいえ。いません。  
□是的，有。(是誰？ )                                  □沒有。

最近日本以外の国に行きましたか？

最近去過日本以外的國家嗎？

はい。行きました。(何処に？ )                                  いいえ。行きません。  
□去過。(哪裡？ )                                  □沒去。

現在何か薬を服用していますか？

目前服用什麼藥嗎？

はい。飲んでます。(薬の種類 ) 【20頁を参照して記入】  
□是的，現在在服藥。(藥の種類 ) 【請參照第20頁填寫】  
いいえ。飲んでいません。  
□不，現在沒有服藥。

## 【既往歴】

## [過去病史]

過去に何か病気をしたことがありますか？

過去得過什麼疾病嗎？

はい。あります。(表 3 を参照して記号・番号で記入)

是的。(請參照表 3 填寫記號 / 號碼。)

いいえ。ありません。

沒有。

手術を受けたことはありますか？又は入院をしたことがありますか？

是否有手術史，或者住院史？

はい。あります。(いつ頃、病名 ) [表 3 を参照して記号・番号で記入]

有。(何時？病名 - ) [請參照表 3 填寫記號 / 號碼。]

いいえ。ありません。

沒有。

輸血を受けたことがありますか。

是否輸過血？

はい。あります。

いいえ。ありません。

是的，有。

沒有。

## 【家族歴】

## [家族病史]

家族にどなたか病気の方はいますか？

家族中有患病的人嗎？

はい。います。(表 3 を参照して記号・番号で記入)

是的，有。(請參照表 3 填寫記號 / 號碼。)

いいえ。いません。

沒有。

## 【その他】

## [其他]

現在妊娠の可能性はありますか？

現在有懷孕的可能性嗎？

はい。あります。

いいえ。ありません。

わからない。

是的，有可能。

不，沒有。

不知道。

最後の生理はいつでしたか？

最後の月經是什麼時候？

月 日から 日間ほど 閉経後  
 從 月 日開始， 天左右  閉経後

常用薬はありますか？

有經常服用的藥物嗎？

はい。あります。(薬の種類)【20 頁を参照して記入】

是的，有。(薬の種類)【請参照第 20 頁填寫】

いいえ。ありません。

沒有。

薬や食物でアレルギーはありますか？

對藥物或食物有過敏反應嗎？

はい。あります。(何に?) いいえ。ありません。

是的，有過。(對什麼過敏?)  不，沒有。

この 1 ヶ月で体重の変化はありましたか？

最近一個月體重有變化嗎？

kg 増加 kg 減少 変化なし

增加了 \_\_\_\_\_ kg  減少了 \_\_\_\_\_ kg  沒有變化

タバコは吸いますか？

您吸煙嗎？

はい。吸います。(いつから? 1 日何本?)

是的，吸煙。(從何時開始吸煙的? 一天幾根?)

いいえ。吸いません。

不吸煙。

お酒は飲みますか？

您喝酒嗎？

はい。飲みます。(どのくらい?) いいえ。飲みません。

是的，喝酒。(喝多少?)  不喝酒。

以下の予防接種を受けたものすべてにチェックをしてください。

請選出已接種過的所有疫苗。

- |                                  |                                 |                               |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 結核                               | 破傷風                             | ジフテリア                         |
| <input type="checkbox"/> 結核      | <input type="checkbox"/> 破傷風    | <input type="checkbox"/> 白喉   |
| 百日咳                              | 麻疹                              | ポリオ                           |
| <input type="checkbox"/> 百日咳     | <input type="checkbox"/> 麻疹     | <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 |
| おたふく風邪                           | 風疹                              | A 型肝炎                         |
| <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎  | <input type="checkbox"/> 風疹     | <input type="checkbox"/> 甲型肝炎 |
| B 型肝炎                            | インフルエンザ桿菌                       | 腸チフス                          |
| <input type="checkbox"/> 乙型肝炎    | <input type="checkbox"/> 流感嗜血桿菌 | <input type="checkbox"/> 腸傷寒  |
| 水ぼうそう                            | コレラ                             | 狂犬病                           |
| <input type="checkbox"/> 水痘      | <input type="checkbox"/> 霍亂     | <input type="checkbox"/> 狂犬病  |
| 日本脳炎                             | その他                             |                               |
| <input type="checkbox"/> 流行性乙型脳炎 | <input type="checkbox"/> 其他     |                               |

どこに問題があるのですか？

哪裡不舒服？

