

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。

須到傳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
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

□痙摩

筋肉痛

□肌肉痛

発疹

□出疹

その他の症状()
□其他症狀 ()

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？

該症狀每次持續多長時間？

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?) います。いいえ。ありません。

是的，有過。(對什麼過敏?) 有。) 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?) います。いいえ。飲みません。

是的，喝酒。(喝多少?) 有。) 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。

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

どこに問題があるのですか？

哪裡不舒服？

