

エスニコ問診票 爱斯你克问诊单

中国語訳簡体字版 中文简体字版 JCJ-1702

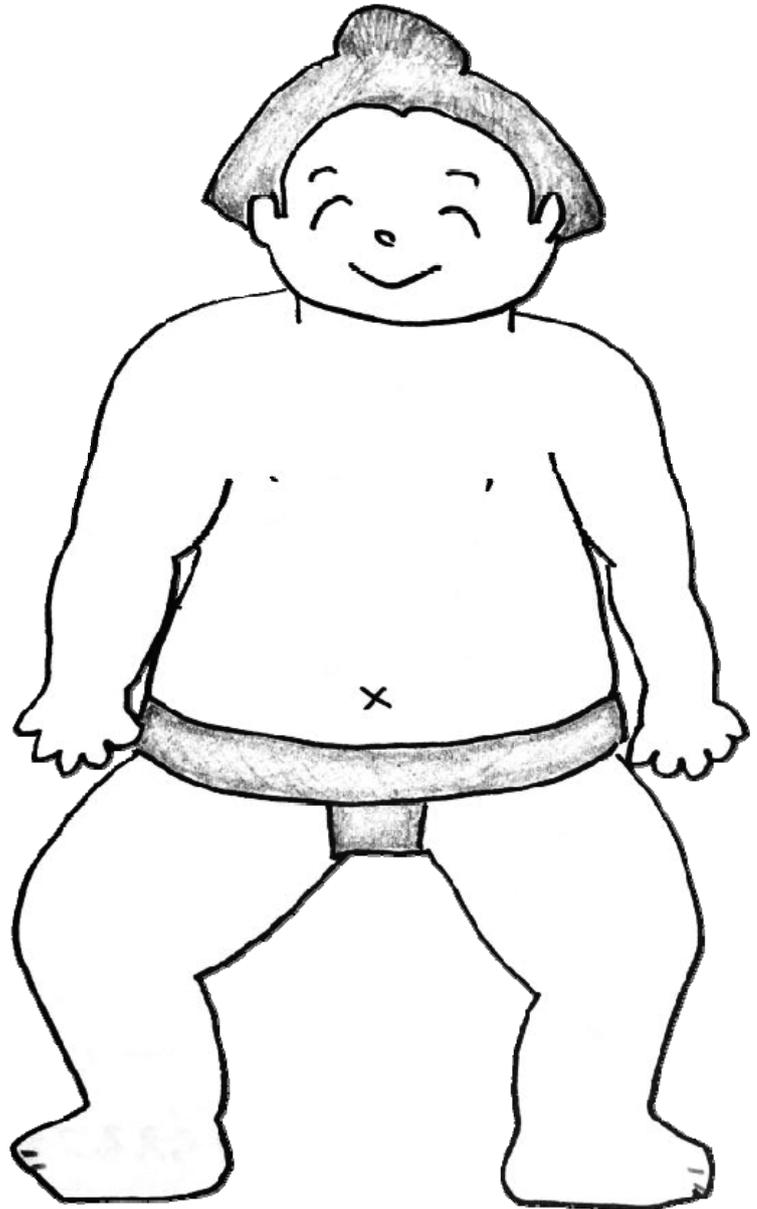
年 月 日 曜日
 _____年_____月_____日 星期_____

以下の問診票にご記入ください。请填写此问诊单。

日本語能力 日语能力	<input type="checkbox"/> 不自由なく話せる <input type="checkbox"/> 少し話せる <input type="checkbox"/> 全く話せない 流畅 稍会 不会
来院目的は？ 今来医院的目的？	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処置・治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 诊察 处置 治疗 住院 检查 其它 _____
どういう症状がありますか？自覚症状をいくつでもチェックして下さい。 有何症状？请在自感症状处打上对号。	<input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> 体の一部が麻痺している <input type="checkbox"/> 気分が悪い 外伤 交通事故 疼痛 身体有部分麻痹感 不舒服 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 痒い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 浮腫む <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 息苦しい 眩晕 痒痒 麻木 浮肿 吐血 气喘 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input type="checkbox"/> 震え <input type="checkbox"/> 脱力感 <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 冷汗 发抖 乏力 不安感 发烧 皮疹 腹泻 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> たんが出る 食欲不振 频尿 恶心 流鼻涕 咽喉疼 咳痰 <input type="checkbox"/> 生理がない <input type="checkbox"/> 月経痛 <input type="checkbox"/> しこりがある <input type="checkbox"/> その他 无月经 月经疼 起疙瘩 其它 _____
それはいつからですか？ 这些症状是从何时开始的？	<input type="checkbox"/> 何分前から <input type="checkbox"/> 何時間前から <input type="checkbox"/> 何日前から <input type="checkbox"/> 何週間前から _____分前 _____个小时前 _____天前 _____个星期前 <input type="checkbox"/> 何ヶ月前から <input type="checkbox"/> 何年前から _____个月前 _____年前
女性の方、妊娠の可能性はありますか？ 是否怀孕？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 妊娠何ヶ月ですか？ 无 不明 有 怀孕几个月？ _____
今日保険証を持って来ましたか？ 見せてください。 今日是否随身带健康保险证？如有健康保险证请出示。	<input type="checkbox"/> 持ってくるのを忘れた 没带 ☆今日は自費でお支払いいただき次回保険証をお持ちになったときに還付の取り扱いをします ☆今天请您自费负担。携带健康保险证来时,给您办理退还手续 <input type="checkbox"/> 保険証番号はわかる 健康保险证号码 _____ <input type="checkbox"/> もともと保険証がない 无健康保险证 ☆全額自費でお払いいただきます 请金额自费负担

自分の体の中で様
子のおかしい部分
はどこですか？
絵にも記してくだ
さい。
何处不舒服？
也请标在图上。

- 頭 头
- 顔 脸
- 目 眼睛
- 耳 耳朵
- 口 嘴
- 歯 牙齿
- 喉頭 咽喉
- 首 脖子
- 肩 肩膀
- 肘 胳膊肘
- 胸 胸部
- 腹 腹部
- 背中 背部
- 指 手指
- 膝 膝盖
- かかと 脚跟
- 脚 脚



この対訳問診票は、外国人医療のサポートのためにNPO法人エスニコが独自に作成したものです。
営利目的のために無断でコピー、販売、使用することを禁じます。 特定非営利活動法人 エスニコ
此问诊单由 NPO 法人(爱斯你克) 独自作成,目的是为帮助在日外国人到医院就诊所用。
禁止以营利为目的擅自复印、贩卖及使用。 NPO法人 爱斯你克