

問診票(治療申込質問書)

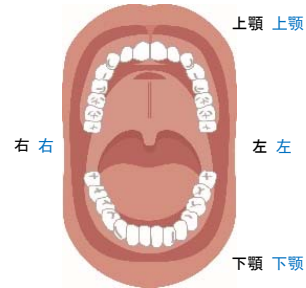
问诊单(治疗申请询问单)

医療機関名	
使用日	
担当者	
患者名	

必要事項を記入し、あてはまるものにチェック☑してください。
请填写必要的事项，并在符合的项目中打☑。

受診者氏名 患者姓名	※小児の場合、保護者氏名： ※如为儿童，监护人姓名：				
日本国内の連絡先 在日本国内的联络方式	滞在先： 逗留住址	Room No. 房间号：	電話番号： 电话号码：		
生年月日 出生年月日		性別 性別	<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女	年齢 年齡
身長・体重 身高、体重	cm	言語 语言			国籍 国籍
帰国後の住所 回国后的住址				帰国後の連絡先電話番号 回国后的联络方式电话号码	

日本の健康保険を持っていますか？ 您是否有日本的健康保险？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否
当院での治療は初めてですか？ 您是第一次在本院接受治疗吗？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否
本日提示可能なものにチェックをつけてください。 请在今天可提供的項目上打钩。	<input type="checkbox"/> パスポート 护照 <input type="checkbox"/> 在留カード 居留卡 <input type="checkbox"/> 日本の健康保険証 日本健康保險證 <input type="checkbox"/> 当院の診察カード 本院的診察卡 <input type="checkbox"/> その他の身分証 其他身份證明 ()
あなたは日本に短期滞在されている方ですか？ その場合、出国予定日はいつですか？ 您是短期逗留日本吗？ 如是，请问您的出国预定日期是什么时候？	<input type="checkbox"/> 短期滞在中である 短期逗留 出国予定 出国预定： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 短期滞在中ではない 不是短期逗留
治療費は現金(日本円)で支払い可能ですか？ 您可用現金(日元)支付治疗费吗？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否 ※海外の保険に加入されている場合でも、当院では現金で立替払いいただきます。 * 即使是加入了国外的保险，在本院，您也需要使用现金垫付。
異常を感じるのはどこですか？ 请问您哪里感到不适？	<input type="checkbox"/> 虫歯 虫牙 <input type="checkbox"/> 分かる場合は異常を感じる場所にマルをつけてください。 <input type="checkbox"/> 入れ歯 假牙 <input type="checkbox"/> 如知道不适位置，请圈出。 <input type="checkbox"/> 親知らず 智齿 <input type="checkbox"/> 歯ぐき 牙龈 <input type="checkbox"/> 舌 舌头 <input type="checkbox"/> くちびる 嘴唇 <input type="checkbox"/> 頬 脸颊 <input type="checkbox"/> あごの関節 下巴的关节 <input type="checkbox"/> あごの下 下巴下面 <input type="checkbox"/> かみあわせ 咬合 <input type="checkbox"/> その他 其他
どのような症状ですか？ 是什么样的症状？	<input type="checkbox"/> 痛い 痛 <input type="checkbox"/> 腫れている 肿胀 <input type="checkbox"/> しみる 刺痛 <input type="checkbox"/> うみがでる 出脓 <input type="checkbox"/> 血が出る 出血 <input type="checkbox"/> 荒れている 粗糙 <input type="checkbox"/> つめ物がとれた 补牙的填充物掉了 <input type="checkbox"/> 口臭 口臭 <input type="checkbox"/> 乾く 干 <input type="checkbox"/> 口が開きにくい 张嘴费力 <input type="checkbox"/> その他 其他 ()
それはいつからですか？ 什么时候开始的？	年 月 日頃から 年 月 日前后开始的



現在治療している病気はありますか？ 是否有正在接受治疗的疾病？	<input type="checkbox"/> はい 是 (病名 疾病名称:) <input type="checkbox"/> いいえ 否
薬や食べ物でアレルギーが出ますか？ 是否有药物或食物过敏？	<input type="checkbox"/> はい 是 (<input type="checkbox"/> 薬 药物 <input type="checkbox"/> 食べ物 食物 <input type="checkbox"/> その他 其他:) <input type="checkbox"/> いいえ 否
現在飲んでいる薬はありますか？ 是否有正在服用的药物？	<input type="checkbox"/> はい 是 →持っていれば見せてください 如有带来, 请给我看下。 <input type="checkbox"/> いいえ 否
今までにかかった病気はありますか？ 之前有生过什么病吗？	<input type="checkbox"/> 胃腸の病気 腸胃病 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 肝脏病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 心脏病 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 肾脏病 <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 呼吸系统的疾病 <input type="checkbox"/> 血液の病気 血液病 <input type="checkbox"/> 脳・神経系の病気 大脳、神経类疾病 <input type="checkbox"/> がん 癌症 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 甲状腺疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 其他 ()
手術を受けたことがありますか？ 是否曾经做过手术？	<input type="checkbox"/> はい 是 (年 ヶ月前に受けた。/手術名: (在 年 个月之前接受过手术 手術名称:) <input type="checkbox"/> いいえ 否
麻酔を受けたことがありますか？ 是否曾经做过麻酔？	<input type="checkbox"/> はい 是 (<input type="checkbox"/> 全身麻酔 全身麻酔 <input type="checkbox"/> 局所麻酔 局所麻酔) <input type="checkbox"/> いいえ 否
麻酔をして何かトラブルがありましたか？ 接受麻酔时, 出现过什么问题吗？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否
妊娠していますか、またその可能性はありますか？ 有怀孕吗？或者, 是否有现已怀孕的可能？	<input type="checkbox"/> はい 是 (ヶ月 个月) <input type="checkbox"/> わからない 不知道 <input type="checkbox"/> いいえ 否
授乳中ですか？ 是否哺乳中？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否
宗教などの理由で、治療に制限はありますか？ 是否有基于宗教等原因, 在治疗方面有所限制？	<input type="checkbox"/> はい 是 () <input type="checkbox"/> いいえ 否

上記記入内容に間違いが無いことを確認し、治療を受けることに同意します。
经核实上表内容无误, 本人同意接受治疗。

署名日 年 月 日
签署日期 年 月 日

サイン
签名
