



名前 姓名		性別 性別	男 男	女 女	年齢 年齢		歳 岁
身長 身高	cm 厘米	体重 体重	kg 公斤	体温 体温			度

赤字の文は機械翻訳を使用しています。

1. 今日はどうされましたか？（複数回答可）
(今天怎么了?)

2. 部位（複数回答可）
(部位)

3. それはいつからですか？
(该症状是从什么时候开始的?)

4. 症状の原因となることはありましたか？
(是否有引起症状的原因吗?)

5. 上記の症状は最近
(以上的症状, 最近)

6. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？（複数回答可）
(以前是否患过疾病或有在治疗中的疾病吗?)

7. 現在服用中の内服薬はありますか？
(现在是否有正在服用的药物?)

8. 食べ物でアレルギー（かゆみ・発疹など）を起こしたことがありますか？
(是否因食物而引起过敏（发痒或出疹子等）?)

9. 薬でアレルギー（かゆみ・発疹など）を起こしたことがありますか？
(是否因药物而引起过敏（发痒或出疹子等）?)

10. 現在、受診されている病院はありますか？
(现在是否有正在就诊的医院?)

11. お酒は飲みますか？（複数回答可）
(平时是否喝酒?（可复数回答）)

12. タバコは吸いますか？



(是否吸烟?)

13. 手術をしたことがありますか？

(是否接受过手术治疗?)

14. 輸血をしたことがありますか？

(是否接受过输血?)

15. 麻酔をしたことがありますか？ (歯科での麻酔を含む)

(是否接受过麻醉？(包括牙科的麻醉))

16. 女性の方へ：現在、妊娠の可能性はありますか？

(女性患者请回答：现在是否有怀孕的可能性?)

17. 現在授乳中ですか？

(现在是否在喂奶期?)

18. その他、何かご希望がございましたらご記入ください。

(如有其它要求，请填写。)
