

# 儿科 问诊表 / 问诊票



出生日期 / 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 / 年 \_\_\_\_\_ 月 / 月 \_\_\_\_\_ 日 / 日

患者姓名 / 氏名 \_\_\_\_\_

年龄 / 年齢 \_\_\_\_\_ 周岁 / 歳

公斤 / 体重 \_\_\_\_\_ Kg

性别: 男 · 女 体温 / 体温 \_\_\_\_\_ °C

请问有什么症状? / 今日はどのような症状で受診されましたか?

- ① 发热 / 熱がある \_\_\_\_\_ 月 / 月 \_\_\_\_\_ 日 / 日 开始から
- ② 咳嗽 / 咳がある \_\_\_\_\_ 月 / 月 \_\_\_\_\_ 日 / 日 开始から
- ③ 喘鸣 / ぜいぜいしている \_\_\_\_\_ 月 / 月 \_\_\_\_\_ 日 / 日 开始から
- ④ 鼻涕 / 鼻が出る \_\_\_\_\_ 月 / 月 \_\_\_\_\_ 日 / 日 开始から
- ⑤ 呕吐 / 嘔吐している \_\_\_\_\_ 月 / 月 \_\_\_\_\_ 日 / 日 开始から
- ⑥ 下痢 / 下痢をしている \_\_\_\_\_ 月 / 月 \_\_\_\_\_ 日 / 日 开始から
- ⑦ 疼痛 / 痛い (头 / 頭 · 腹部 / お腹 · 咽喉 / 喉)  
其他 / 他 \_\_\_\_\_ 月 / 月 \_\_\_\_\_ 日 / 日 开始から
- ⑧ 其他 / その他 \_\_\_\_\_

没有食欲 / 食欲がない (是 / はい · 不是 / いいえ)

情绪不好 / 機嫌が悪い (是 / はい · 不是 / いいえ)

现在有正在服用的药物吗? / 内服中の薬はありますか?

名称 \_\_\_\_\_

现在有正在治疗的疾病吗? / 何か治療中ですか?

(是 / はい · 不是 / いいえ)

是 / はい ⇒ \_\_\_\_\_

过敏史 / アレルギーはありますか?

(是 / はい · 不是 / いいえ)

是 / はい ⇒ \_\_\_\_\_

能吃哪种药? / どの薬が飲めますか?

(糖浆 / 水薬 · 药粉 / 粉薬 · 药片或胶囊 / 錠剂)

※關於第一次的受診 · 關於變更 / 初めての受診の場合 · 變更の場合

住所 / ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話號碼 / お電話番号 \_\_\_\_\_