

# 問診票

【醫療助手】所提供的問診票並非由各診所提供的，僅有一般科目所需記載事項，最終請依照診所提供的問診票為主，如果有任何需要協助的話請在上班時間聯絡我們，目前提供有各項便利的聯絡方式，像是LINE、Skype、WeChat都是 medicalsupporter 或是直撥緊急聯絡專線：+81-8042763930，會有專人為您服務。

\*必須

1。 姓名（名前） \*

---

2。 出生年月日（生年月日） \*

---

3。 年齡（年齡） \*

---

4。 地址（住所） \*

---

5。 電話號碼（電話番号） \*

---

6. 目前有什麼樣的症狀？（どのような症状ですか？該当する症状にチェックをお願いいたします） \*

請勾選目前的症狀

当てはまるものをすべて選択してください。

- 喉嚨痛（喉が痛い）
- 咳嗽（せき）
- 鼻水（はなみず）
- 鼻塞（鼻詰まり）
- 發冷（冷え）
- 畏寒（寒がり）
- 胸口疼痛（胸が痛い）
- 有發燒（熱がある）
- 頭暈、暈眩（めまい）
- 嘔心想吐（吐き気）
- 嘔吐（吐く）
- 胸悶（胸部絞扼感）
- 腹部腫脹（お腹が張る）
- 肚子痛、腹痛（お腹が痛い）
- 腹瀉、拉肚子（下痢）
- 胃痛（いつう）
- 血便（血便）
- 容易疲憊（疲れやすい）
- 疲倦、倦怠（だるい）
- 食慾不振（食欲がない）
- 手腳麻痺（手足の痺れ）
- 關節疼痛（関節の痛み）
- 無力（脱力）
- 肌肉痠痛（筋肉痛）
- 瘤傷、擦傷、打傷、撞傷（打撲）
- 外傷（怪我）
- 痘攀（けいれん）
- 睡不著（不眠）
- 呼吸困難（息苦し）
- 起疹子（発疹）
- 皮膚癢（皮膚の痒み）
- 膿泡（できもの）
- 燒傷（火傷）
- 浮腫（むくみ）
- 其他請填寫（その他） : \_\_\_\_\_

7。 症狀從什麼時候開始？（それはいつからですか？） \*

請勾選症狀發生的時間，其他天數請在最下方填寫

当てはまるものをすべて選択してください。

- 今天（今日）
- 昨天（昨日）
- 一週前（一週間前）
- 一個月前（一ヶ月前）
- \_\_\_\_天以上（\_\_\_\_何日以上）

8。 目前治療中或是曾接受過治療的症狀？（現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？） \*

請勾選目前治療中或是曾接受過治療的症狀

当てはまるものをすべて選択してください。

- 高血壓（高血圧）
- 糖尿病（糖尿病）
- 中風（脳卒中）
- 心臟疾病（心疾患）
- 心律不整（不整脈）
- 慢性腎衰竭（慢性腎不全）
- 痛風（痛風）
- 高脂血症（脂質異常症）
- 貧血（貧血）
- 青光眼（緑内障）
- 骨質疏鬆症（骨粗鬆症）
- 癌症（がん）
- 異位性皮膚炎（アトピー性皮膚炎）
- 精神疾病（精神疾患）
- 其他請填寫（その他）：\_\_\_\_\_

9。 目前有在服用藥物嗎？（現在服用中のお薬はありますか？） \*

如有服用藥物請在後方填寫藥物英文名稱

当てはまるものをすべて選択してください。

- 沒有（なし）
- 有，請填寫藥物英文名稱（あり、お薬名）：

10. 有對藥物或食物過敏嗎？（お薬や食べ物のアレルギーはありますか？）\*

如有對藥物或食物過敏，請在後方填寫藥物或食物英文名稱

當てはまるものをすべて選択してください。

沒有（なし）

有，請填寫藥物或食物英文名稱（あり、お薬や食べ物名）：

11. 有喝酒的習慣嗎？（お酒は飲みますか？）\*

如有喝酒習慣，請在底線處填寫資訊

當てはまるものをすべて選択してください。

没有（飲まない）

有，每週至少：\_\_\_\_天，酒的種類及量：\_\_\_\_\_（飲む、週：\_\_\_\_日、種類・量：\_\_\_\_\_）

12. 有抽煙的習慣嗎？（たばこは吸いますか？）\*

如有抽煙習慣，請在底線處填寫資訊

當てはまるものをすべて選択してください。

没有（すわない）

有，每天最多：\_\_\_\_根（吸う、日：\_\_\_\_本）

戒菸時間：\_\_\_\_年前（やめた：\_\_\_\_年前に）

13. ※目前有懷孕嗎？僅限女性回答（妊娠中ですか？女性の方のみ）

如有懷孕，請在底線處填寫資訊

當てはまるものをすべて選択してください。

没有（いいえ）

有，請填寫第\_\_\_\_週（はい、\_\_\_\_週目）

14. ※目前有餵養母乳嗎？僅限女性回答（授乳中ですか？女性の方のみ）

如有餵養母乳請選擇

當てはまるものをすべて選択してください。

没有（いいえ）

有（はい）