

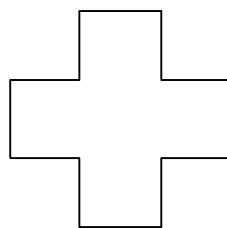
---

# 外国籍県民医療のための問診票

## 外国籍県民医療指南

---

～中国語版～  
中文版



長野県衛生部医務課

## 〈目 次〉

### 〈目 录〉

◇診察申込	1～2	就诊申请书
◇問診【全身】	3	问病史【全身】
◇問診【身体図】	4	问病史【身体图】
◇問診【外傷】	5	问病史【外伤】
◇問診【頭部・神経・筋肉】	6	问病史【脑部・神经・肌肉】
◇問診【眼】	7	问病史【眼】
◇問診【耳、鼻、口、喉】	8	问病史【耳、鼻、口、咽喉】
◇問診【呼吸器、循環器】	9	问病史【呼吸器、循环系统】
◇問診【消化器】	10	问病史【消化器】
◇問診【泌尿器】	11	问病史【泌尿器】
◇問診【皮膚科】	12	问病史【皮肤科】
◇問診【産婦人科】	13	问病史【妇产科】
◇問診【既往歴】	14～16	问病史【既往史】
◇診察	17	看病
◇検査	18～19	检查
◇診断	20～23	诊断
◇治療・処置	24～25	治疗和处置
◇生活上の注意	26	生活上的注意点
◇投薬	27～29	用药
◇手術承諾書	30	手术同意书
◇入院受付	31～34	住院手续
◇入院証書	35	住院保证
◇患者から医療機関へ	36～39	患者申述
◇医療機関から患者へ	40～43	住院指南
◇病棟で	44	在病房
◇分娩のとき	45	临产
◇退院	46	出院
◇会計	47～48	结帐

※ ここに書かれたことは、あなたの個人情報であり、あなたの許可なく、あなた以外の人に漏らされることはありません。正直にありのままを教えてください。

※此表纯属个人隐私，未经本人许可，杜绝外泄。请您准确填写下列每一事项。

初診日（記入日）（ ）年（ ）月（ ）日	初诊日期（ ）年（ ）月（ ）日
氏 名 _____	姓名 _____
性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	性 别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日（ ）年（ ）月（ ）日	出生年月日（ ）年（ ）月（ ）日
年 齡        歳	年 龄        岁
国 籍 _____	国 籍 _____
現住所 _____	现住址 _____
電 話（自宅） _____	联系电话（宅电） _____
職 業 _____	职 业 _____
勤務先 _____	工作单位 _____
電 話（勤務先） _____	联系电话（单位电话） _____

○名前をゆっくり発音してみてください。

○请慢慢的说一下您的姓名。

○今日は何科を受診されますか。

○今天想挂哪个科？

該当するところに、V印を付けてください。

请在合适的地方做V标记。

内科（内臓の病気、その他一般）

耳鼻喉科（耳、鼻、咽喉）

内科（内脏器官、其他一般病）

眼科（眼の病気）眼科（眼部疾病）

外科（外傷、しこり、消化器系などの病気）

脳神経外科（頭部外傷、脳血管神経系の病気）

外科（外伤、肌肉痛、消化系统等）

脑神经外科（脑部外伤、脑血管神经系统疾病）

産科/婦人科（出産、女性特有の病気）

精神科（こころの病気）精神科（心理疾病）

産科/妇科（分娩、女性特有的疾病）

整形外科（骨折や骨、関節、筋肉の病気）

小児科（こどもの病気） 小児科

骨外科（骨折或骨、关节、肌肉疾病）

皮膚科（皮膚の病気）

歯科（歯の病気）牙科（牙齿）、口腔科（牙痛症等）

皮膚科（各种皮肤病）

健康診断（※保険はききません）

泌尿器科（腎臓、膀胱、尿道、性器の病気）

体检（※不属于保险范畴）

泌尿科（肾脏、膀胱、尿道、性器官等）

予防接種（※保険はききません）

耳鼻いんこう科（耳や鼻、のど）

预防接种（※不属于保险范畴）

○支払いはどのようにされますか。

用什么方式支付呢？

- 国民健康保険
- 社会保険
- 旅行者保険
- その他の保険
- 全額現金払い

国民健康保険  
社会保険  
旅行者保険  
其他保险  
全额现金支付

○保険証を持っていますか。

今天带来保险证了吗？

- 持っている。  
→ 見せてください。
- 保険に加入しているが、今日は持っていない。  
→ 次回、必ず持ってきてください。

带来了。  
请让我看一下您的保险证。  
入了保险，可是今天没带来。  
→ 下一次一定要带上保险证来看病。

○これがあなたの診察券です。今後受診する際、これを持ってきてください。

这是您的就诊卡。以后来就诊的时候，请带上这张卡。

○名前が呼ばれるまで、ここでお待ちください。

请在这里等候叫您的名字。

○こちらは専門外なので、( ) 病院を紹介しますから、これを持って受診してください。  
我们医院没有这个科，向您推荐 ( ) 医院，请拿着这个到那里就诊吧。

○こちらは専門外なので、( ) 科のある他の病院を受診してください。  
我们医院没有这个科，请到有 ( ) 科的医院就诊。

【問診】 問病史

○今日は、どうしましたか。 今天哪里不舒服？

- 具合が悪い 身体不舒服
- 薬が切れた 药吃完了
- 検査を受けたい 想做体检
- 検査結果を聞きに来た 来看体检结果

- 予防接種 预防接种
- BCG 卡介苗
  - 風疹 风疹
  - はしか 麻疹
  - ポリオ 脊髓灰质炎
  - 日本脳炎 日本脑炎
  - 三種混合 三联疫苗
  - 二種混合 二联疫苗
  - インフルエンザ 流行性感冒
  - その他 其他

【全身症状】 症状

○どのような症状ですか。 有什么样的症状？

- 発熱 发烧
- 息苦しい 喘不上气来
- 寒気 发冷
- 体重が減ってきた 突然消瘦
- だるい 浑身无力
- しびれるところがある 有麻木的地方
- むかむかする 恶心
- かゆいところがある 有发痒的地方
- 嘔吐 呕吐
- 痛いところがある 有疼的地方
- 吐血 吐血
- 血が出ているところがある 有地方出血
- 下痢 痢疾
- 腫れているところがある 有地方肿了
- 便秘 便秘
- しこりがある 有硬疙瘩
- 眠れない 睡不着
- 熱く感じる場所がある 有地方感觉灼热
- 誤って物を飲み込んだ 吞了异物，错吞了东西
- 冷たく感じる場所がある 有地方感觉发冷
- 薬を大量に飲んだ 吃多了药
- 感覚がない場所がある 有地方没感觉
- 食欲がない 没有食欲
- ※次項の身体図を参照 请参照人体图

○いつからですか。

什么时候开始有这种症状？

- ( ) 時頃 (今日) ( ) 点左右开始 (今天)
- ( ) 日前から ( ) 天前开始
- ( ) 週間前から ( ) 星期前开始
- ( ) 月前から ( ) 个月前开始
- ( ) 年前から ( ) 年之前开始

○症状は、どの程度ですか

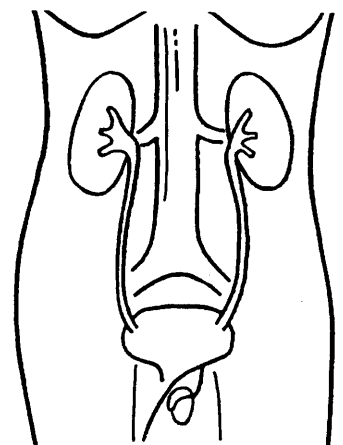
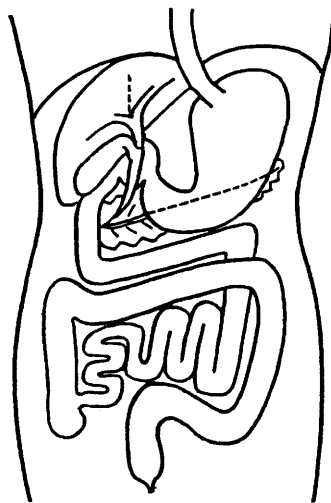
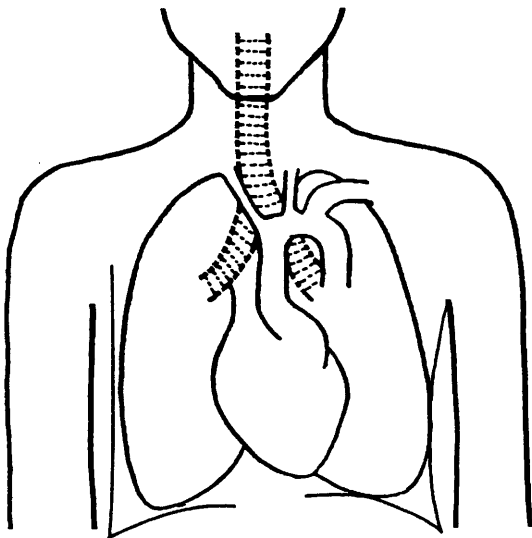
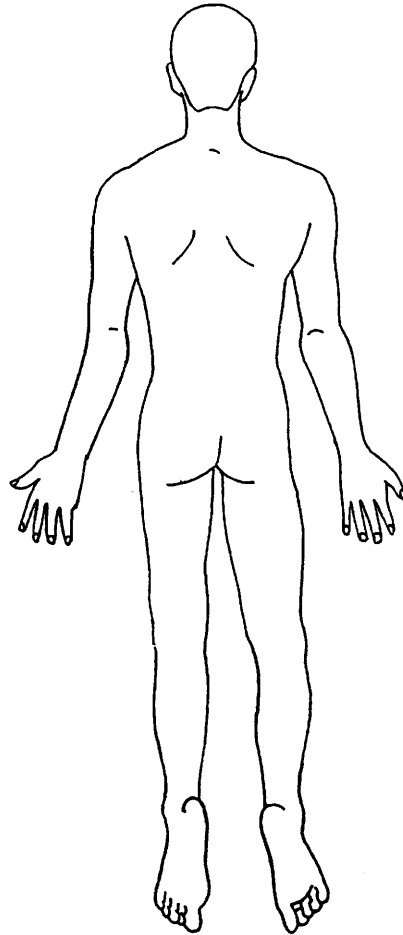
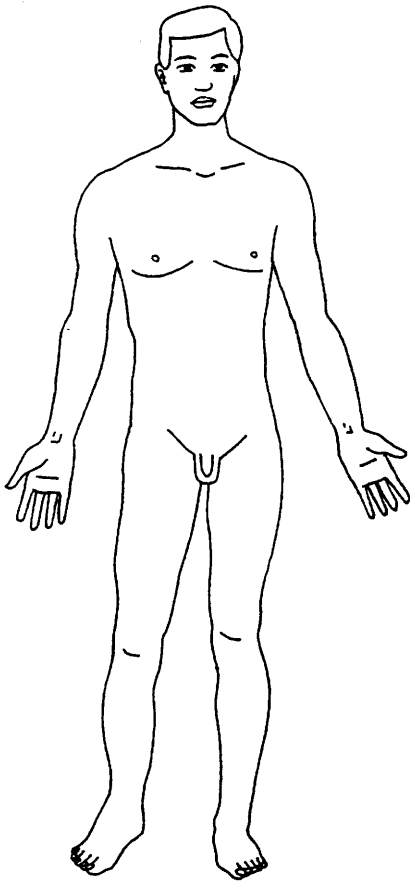
症状到了什么程度了？

- ずっと続いている 一直持续着
- ときどき 有时候
- だんだんひどくなってくる 越来越厉害
- だんだん収まっている 逐渐见好

○どこが、具合が悪いですか。

哪里不舒服吗？

以下の身体の図から、具体的に示してください。 请在这张人体图上具体地指一下。



【外傷】 外傷

○どうしてケガをしたのですか。 怎么受的伤？

- |                                  |      |                                 |         |
|----------------------------------|------|---------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 暴行を受けた  | 遭暴力了 | <input type="checkbox"/> ひねった   | 拧了      |
| <input type="checkbox"/> 転んで打った  | 摔倒了  | <input type="checkbox"/> やけどした  | 烧伤了，烫着了 |
| <input type="checkbox"/> 物に挟んだ   | 被夹着了 | <input type="checkbox"/> 切った    | 割破了     |
| <input type="checkbox"/> 物にぶつかった | 被撞了  | <input type="checkbox"/> 虫に刺された | 被虫子咬着了  |

○いつ、何をしていた、ケガをしたのですか。 什么时候，做什么的时候，被伤着了呢？

- |                                    |        |                                     |           |
|------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 作業、運動中    | 工作、运动中 | <input type="checkbox"/> その他（不明）    | 其他        |
| <input type="checkbox"/> 車を運転中     | 开车时    | <input type="checkbox"/> ( ) 時頃（今日） | ( ) 点左右开始 |
| <input type="checkbox"/> 自転車に乗っていて | 骑自行车时  | <input type="checkbox"/> ( ) 日前     | ( ) 天前开始  |
| <input type="checkbox"/> 歩行中       | 走路时    | <input type="checkbox"/> ( ) 週間前    | ( ) 星期前开始 |

○痛み状態はどうですか。 疼痛程度？

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> ときどき痛い        | 有时候疼  |
| <input type="checkbox"/> ずっと痛い         | 一直疼   |
| <input type="checkbox"/> 痛みがだんだんひどくなる  | 越来越疼  |
| <input type="checkbox"/> 痛みはだんだん収まっている | 越来越轻了 |

○傷のほかに症状はありますか。 除了伤处还有其他的症状吗？

- |                                       |        |                                       |         |
|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> しびれるところがある   | 有发麻的地方 | <input type="checkbox"/> しこりがあるところがある | 有硬疙瘩的地方 |
| <input type="checkbox"/> かゆいところがある    | 有发痒的地方 | <input type="checkbox"/> 熱く感じる場所がある   | 有发热的地方  |
| <input type="checkbox"/> 痛いところがある     | 有疼的地方  | <input type="checkbox"/> 冷たく感じる場所がある  | 有感觉冷的地方 |
| <input type="checkbox"/> 血が出ているところがある | 有地方出血  | <input type="checkbox"/> 感覚がないところがある  | 有地方没感觉  |
| <input type="checkbox"/> 腫れているところがある  | 有肿的地方  |                                       |         |

【頭部】

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 頭が重い感じがする 感觉头重     | <input type="checkbox"/> 頭が締め付けられるように痛い<br>头紧巴巴地疼 |
| <input type="checkbox"/> 頭がズキズキ痛む 头一阵一阵地跳着疼 | <input type="checkbox"/> 目眩がする 头晕                 |
| <input type="checkbox"/> 頭が割れるように痛い 头像裂了似的疼 |   |

【神経、筋肉】

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 簡単なことが思い出せない<br>简单的事情想不起来            | <input type="checkbox"/> けいれんが起きる 发生痉挛          |
| <input type="checkbox"/> 言葉がうまく話せない 说话难                       | <input type="checkbox"/> 意識がなくなる 失去知觉           |
| <input type="checkbox"/> うまく歩けない 走路难                          | <input type="checkbox"/> 身体の一部が動かない<br>身体一部分动不了 |
| <input type="checkbox"/> 身体のバランスが取れない 身体失去平衡                  |   |
| <input type="checkbox"/> 身体の一部にしびれるところがある 身体的一部分发麻            |   |
| <input type="checkbox"/> 身体の一部にふるえるところがある 身体的一部分发抖            |   |
| <input type="checkbox"/> 身体の一部に刺激しても余り感じないところがある 有对刺激反应不敏感的地方 |   |
| <input type="checkbox"/> 身体の一部に刺激しても全く感じないところがある 有对刺激完全没反应的地方 |   |
| <input type="checkbox"/> 全くではないが身体の一部がよく動かない 身体的有些地方活动不方便     |   |

○いつからですか。 从什么时候开始的？

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 (今日) ( ) 点左右 (今天) |
| <input type="checkbox"/> ( ) 日前から ( ) 天前开始        |
| <input type="checkbox"/> ( ) 週間前から ( ) 星期前开始      |
| <input type="checkbox"/> ( ) 月前から ( ) 个月前开始       |
| <input type="checkbox"/> ( ) 年前から ( ) 年之前开始       |

○症状はどの程度ですか。 症状到了什么程度？

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ずっと続いている 一直持续着     |
| <input type="checkbox"/> ときどき 有时候           |
| <input type="checkbox"/> だんだんひどくなってくる 越来越厉害 |
| <input type="checkbox"/> だんだん収まっている 逐渐好转    |



【眼】 眼睛

- |                                     |                             |  |            |  |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|------------|--|
| <input type="checkbox"/> 両目         | <input type="checkbox"/> 右目 | <input type="checkbox"/> 左目                        |            |  |
| 两眼                                  | 右眼                          | 左眼   |            |  |
| <input type="checkbox"/> 物がよく見えない   | 看不清                         | <input type="checkbox"/> 涙が出る                      | 流眼泪        |  |
| <input type="checkbox"/> 物が二重に見える   | 看东西重影                       | <input type="checkbox"/> 眼の表面が痛い                   | 眼睛表面疼      |  |
| <input type="checkbox"/> 眼の中がゴロゴロする | 眼睛里磨的慌                      | <input type="checkbox"/> 眼の奥が痛い                    | 眼睛里面疼      |  |
| <input type="checkbox"/> まぶしく感じる    | 耀眼                          | <input type="checkbox"/> 目の前に黒い点が見える               | 眼前发黑       |  |
| <input type="checkbox"/> 眼がかゆい      | 眼睛发痒                        | <input type="checkbox"/> 暗いところで火花のような光が出る<br>感じがする | 眼花缭乱       |  |
| <input type="checkbox"/> 眼が乾燥する     | 眼睛干燥                        | <input type="checkbox"/> 視野が狭くなってきた                | 视野变窄       |  |
| <input type="checkbox"/> 眼が疲れる      | 眼睛疲劳                        | <input type="checkbox"/> 目の前を蚊が飛んでいるようだ            | 眼前好像有蚊子飞一样 |  |
| <input type="checkbox"/> 眼やにが溜まる    | 出眼屎                         |  |            |  |

○いつからですか。 从什么时候开始的？

- |                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 (今日) | ( ) 点左右开始 (今天) |
| <input type="checkbox"/> ( ) 日前から    | ( ) 天前开始       |
| <input type="checkbox"/> ( ) 週間前から   | ( ) 星期前开始      |
| <input type="checkbox"/> ( ) 月前から    | ( ) 个月前开始      |
| <input type="checkbox"/> ( ) 年前から    | ( ) 年之前开始      |

○症状は、どの程度ですか 症状到了什么程度？

- |                                       |        |
|---------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> ずっと続いている     | 一直持续着  |
| <input type="checkbox"/> ときどき         | 有些时候   |
| <input type="checkbox"/> だんだんひどくなってくる | 越来越厉害了 |
| <input type="checkbox"/> だんだん収まっている   | 见好转    |

【耳】 耳朵

- |                                    |                                   |                                   |                                       |             |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 両耳<br>双耳  | <input type="checkbox"/> 右耳<br>右耳 | <input type="checkbox"/> 左耳<br>左耳 |                                       |             |
| <input type="checkbox"/> 音がよく聞こえない | 听不清                               |                                   | <input type="checkbox"/> 耳の中がかゆい      | 耳朵里面痒       |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする    | 有耳鸣                               |                                   | <input type="checkbox"/> 耳の中に物（虫）が入った | 耳朵里进了异物（虫子） |
| <input type="checkbox"/> 耳の中が痛い    | 耳朵里面疼                             |                                   | <input type="checkbox"/> 耳から膿（液体）が出る  | 耳朵流脓（液体）    |

【鼻】 鼻子

- |                                  |     |  |                                   |       |
|----------------------------------|-----|--|-----------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 鼻水が出る   | 流鼻涕 |  | <input type="checkbox"/> 異臭がする    | 有异味   |
| <input type="checkbox"/> 鼻が詰まる   | 鼻塞  |  | <input type="checkbox"/> においを感じない | 闻不到味儿 |
| <input type="checkbox"/> 鼻血が出る   | 流鼻血 |  | <input type="checkbox"/> いびきをかく   | 打呼噜   |
| <input type="checkbox"/> くしゃみが出る | 打喷嚏 |  |                                   |       |

【口や喉】 口、咽喉

- |  |      |  |  |          |
|--|------|--|--|----------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い          | 牙痛   |  | <input type="checkbox"/> 喉が渇く          | 喉干       |
| <input type="checkbox"/> 口の中が痛い        | 口腔内痛 |  | <input type="checkbox"/> 咳が出る          | 咳嗽       |
| <input type="checkbox"/> 舌が痛い          | 舌头痛  |  | <input type="checkbox"/> 声が出ない         | 失声       |
| <input type="checkbox"/> 口の中が出血している    | 口腔出血 |  | <input type="checkbox"/> 声がかれる         | 声音发哑     |
| <input type="checkbox"/> 口の中が乾く        | 口内发干 |  | <input type="checkbox"/> 食べ物を飲み込みにくい   | 吞咽食物困难   |
| <input type="checkbox"/> 食べ物の味がおかしく感じる | 味觉异常 |  | <input type="checkbox"/> 食べ物を飲み込むと喉が痛い | 吞咽食物时喉咙痛 |
| <input type="checkbox"/> 味を感じない        | 失去味觉 |  |  |          |

○いつからですか。 从什么时候开始

- |                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 時頃（今日）   | （ ）时候开始（今天） |
| <input type="checkbox"/> （ ）日前から  | （ ）天前开始     |
| <input type="checkbox"/> （ ）週間前から | （ ）星期之前开始   |
| <input type="checkbox"/> （ ）月前から  | （ ）个月前开始    |
| <input type="checkbox"/> （ ）年前から  | （ ）年前开始     |

○症状は、どの程度ですか 症状的程度

- |                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> ずっと続いている     | 一直这样 |
| <input type="checkbox"/> ときどき         | 有时候  |
| <input type="checkbox"/> だんだんひどくなってくる | 越发严重 |
| <input type="checkbox"/> だんだん収まっている   | 逐渐见好 |

【呼吸器】 上呼吸道

□息が苦しい、难受

- 運動すると息が苦しい  
活动以后喘不上气来、难受
- 何をしなくても息が苦しい  
做什么也呼吸困难、难受
- 突然、息が苦しくなる  
突然喘不上气来、难受
- 寝ていると呼吸がしにくい  
睡觉时候呼吸困难

□息切れがする 接不上气

□動悸がする 心悸、心跳得厉害

□咳が出る 咳嗽

□痰が出る 有痰

- 白い 白
- 黄色い 黄
- 緑色 绿
- 粘っていて濃い 又粘又浓
- 赤い 红、血色
- 血が混じった痰が出る 痰里带血

□真っ赤な血を吐く 吐血

□息をするとヒューヒュー音がする  
呼吸时有嘶嘶的声音

□息をするとぜいぜい音がする  
呼吸时有□□的声音

□胸が重苦しく感じる 胸口□闷

□胸が痛い 胸口疼

- 胸が刺すように痛い  
胸口针扎似的疼
- 胸が締め付けられるように痛い  
胸口闷痛
- 胸がえぐられるように痛い  
胸口绞痛
- 胸が烧けるように痛い  
胸口像火烧似的疼

【循環器】 循环器官

□血圧が高い 血压高

□脈がはやい 脉搏快

□意識を失った

□血圧が低い 血压低

□脈がおそい 脉搏慢

失去知觉

□動悸がする 心悸

□脈が乱れる 脉搏乱

□皮膚や粘膜の色が悪い

肤色和粘膜颜色差

○いつからですか。

从什么时候开始有这种症状？

- ( ) 時頃 (今日) 从今天 ( ) 点开始
- ( ) 日前から 从 ( ) 天之前开始
- ( ) 週間前から 从 ( ) 个星期前开始
- ( ) 月前から 从 ( ) 个月之前开始
- ( ) 年前から 从 ( ) 年前开始

○症状は、どの程度ですか。

病情怎么样？

- ずっと続いている 一直持续着
- ときどき 有时候
- だんだんひどくなってくる 越来越厉害
- だんだん収まっている 逐渐好转

【消化器】 消化系統

- |   |       |  |                                     |      |
|---|-------|--|-------------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 食欲がない  | 厌食    | <input type="checkbox"/> 背中に痛みが放散する  |                                     |      |
| <input type="checkbox"/> 食べ物がつかえる感じがする  |       |  | 疼痛向后背放射                             |      |
|   | 肚子脹   | <input type="checkbox"/> 黒っぽい色の血を吐いた   | 吐黒血                                 |      |
| <input type="checkbox"/> 胸焼けがする   | 烧心    | <input type="checkbox"/> 下痢  | 拉痢疾                                 |      |
| <input type="checkbox"/> 胸がむかむかする   | 反胃    | <input type="checkbox"/> 液状 液状<br><input type="checkbox"/> 赤い 红色的<br><input type="checkbox"/> 黒い 黑色的<br><input type="checkbox"/> 柔らかい 软的 |                                     |      |
| <input type="checkbox"/> ゲップが出る   | 打嗝    |  |                                     |      |
| <input type="checkbox"/> もたれる感じがする  | 积食    |  |                                     |      |
| <input type="checkbox"/> おなかが張る   | 腹胀    |  |                                     |      |
| <input type="checkbox"/> 吐き気がする   | 恶心    | <input type="checkbox"/> 血が混ざった便が出た  | 血便                                  |      |
| <input type="checkbox"/> 食べ物を吐いた  | 呕吐    | <input type="checkbox"/> 便が出る時痛い   | 排便时疼                                |      |
| <input type="checkbox"/> おなかが重い感じがする  |       | <input type="checkbox"/> 黒い便が出た  | 排黒便                                 |      |
|   | 肚子沉重感 | <input type="checkbox"/> 白い便が出た  | 排白色便                                |      |
| <input type="checkbox"/> おなかが痛い   | 腹痛    | <input type="checkbox"/> 便が硬い  | 大便硬                                 |      |
| <input type="checkbox"/> おなかが刺すように痛い<br>肚子像针扎似的刺痛<br><input type="checkbox"/> おなかが締め付けられるように痛い<br>肚子闷痛<br><input type="checkbox"/> 持続的に痛む 一直疼<br><input type="checkbox"/> 痛くなったり、遠のいたりを繰り返す<br>隐隐作痛 |       | <input type="checkbox"/> 便が出にくい  | 排便难                                 |      |
|   |       |  | <input type="checkbox"/> 便秘が続く      | 一直便秘 |
|   |       |  | <input type="checkbox"/> 排便後、紙に血が付く | 便后有血 |
|   |       |  | <input type="checkbox"/> 体重が減った     | 体重減少 |

○いつからですか。

从什么时候开始有这种症状？

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 (今日) 从今天 ( ) 点开始 |
| <input type="checkbox"/> ( ) 日前から 从 ( ) 天前开始     |
| <input type="checkbox"/> ( ) 週間前から 从 ( ) 周前开始    |
| <input type="checkbox"/> ( ) 月前から 从 ( ) 个月前开始    |
| <input type="checkbox"/> ( ) 年前から 从 ( ) 年前开始     |

○症状は、どの程度ですか。

病症的程度

- |                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> ずっと続いている     | 一直这样 |
| <input type="checkbox"/> ときどき         | 有时候  |
| <input type="checkbox"/> だんだんひどくなっていく | 越发厉害 |
| <input type="checkbox"/> だんだん収まっている   | 逐渐见好 |

【泌尿器】 泌尿系統

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 小便をすると痛い   | 尿痛  |
| <input type="checkbox"/> 小便に血が混じっている  | 尿血  |
| <input type="checkbox"/> 小便に膿が混じっている  | 脓尿  |
| <input type="checkbox"/> 小便が出にくい  | 排尿困难  |
| <input type="checkbox"/> 小便をしたくても、尿がなかなか出てこない   | 有尿意，但是排不出来  |
| <input type="checkbox"/> 小便をするとき、詰まった感じがする  | 排尿时有憋的感觉  |
| <input type="checkbox"/> 小便をするとき、滴のようにしか尿が出ない   | 排尿时，尿呈滴状  |
| <input type="checkbox"/> 小便をしても、まだ残った感じがする  | 排完尿之后还有残尿感  |
| <input type="checkbox"/> 小便が出ない   | 尿不出   |
| <input type="checkbox"/> 小便をしたいと感じない  | 没有尿感  |
| <input type="checkbox"/> 尿をもらす  | 尿失禁   |
| <input type="checkbox"/> 頻繁に小便に行く   | 尿频  |
| <input type="checkbox"/> 夜、小便に行くことが多い   | 夜间尿频  |
| <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い（ <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側） | 下腹痛（ <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側） |
| <input type="checkbox"/> 背中、腰が痛い  | 后背、腰部痛  |

○いつからですか。什么时候开始有症状？

- （ ）時頃（今日）从今天（ ）时开始
- （ ）日前から 从（ ）天前开始
- （ ）週間前から 从（ ）周前开始
- （ ）月前から 从（ ）个月前开始
- （ ）年前から 从（ ）年前开始

○症状は、どの程度ですか。 症状的程度？

- ずっと続いている 一直这样
- ときどき 有时候
- だんだんひどくなってくる 越发严重
- だんだん収まっている 逐渐见好

【皮膚科】

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> かゆい 発痒      | <input type="checkbox"/> やけどができた 烫伤      |
| <input type="checkbox"/> 発疹がでた 出皮疹   | <input type="checkbox"/> 湿疹ができた 出了湿疹     |
| <input type="checkbox"/> あざができた 出现青斑 | <input type="checkbox"/> 水虫がかゆい 脚癬发痒     |
| <input type="checkbox"/> シミができた 出现斑点 | <input type="checkbox"/> ほくろが気になる 黑痣有些担心 |

○いつからですか。 从什么时候开始有症状？

- |                                      |               |
|--------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 (今日) | 从今天 ( ) 点左右开始 |
| <input type="checkbox"/> ( ) 日前から    | 从 ( ) 天前开始    |
| <input type="checkbox"/> ( ) 週間前から   | 从 ( ) 周前开始    |
| <input type="checkbox"/> ( ) 月前から    | 从 ( ) 个月前开始   |
| <input type="checkbox"/> ( ) 年前から    | 从 ( ) 年前开始    |

○症状は、どの程度ですか 症状的程度

- |                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> ずっと続いている     | 一直这样 |
| <input type="checkbox"/> ときどき         | 有时候  |
| <input type="checkbox"/> だんだんひどくなってくる | 越发严重 |
| <input type="checkbox"/> だんだん収まっている   | 逐渐见好 |

【産婦人科】 婦産科

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 生理痛がする 痛经                 | <input type="checkbox"/> 乳房がはる 乳房肿胀  |
| <input type="checkbox"/> 生理不順である 月经不调              | <input type="checkbox"/> 乳房にしこりがある 乳房有肿块   |
| <input type="checkbox"/> 生理以外の出血がある 经期外出血          | <input type="checkbox"/> 痛みがある（乳房痛） 乳房痛  |
| <input type="checkbox"/> 生理時の出血量が普通より多い<br>月経量比往常多 | <input type="checkbox"/> つわりがひどい 孕吐非常厉害  |
| <input type="checkbox"/> 生理期間がいつもより長引く<br>经期比往常推迟  | <input type="checkbox"/> おりもの 白帯<br><input type="checkbox"/> 赤 红色<br><input type="checkbox"/> 白 白色<br><input type="checkbox"/> 黄色 黄色<br><input type="checkbox"/> かゆみがある 发痒<br><input type="checkbox"/> 悪臭がする 有恶臭 |
| <input type="checkbox"/> 生理時に大きな血塊が出た<br>月経期间排出大血块 |  |
| <input type="checkbox"/> 生理がない 没有月经                |  |

○いつからですか。 从何时有的症状? ○症状は、どの程度ですか 病症的程度?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ( ) 時頃(今日) 从今天 ( ) 时开始 | <input type="checkbox"/> ずっと続いている 一直这样     |
| <input type="checkbox"/> ( ) 日前から 从 ( ) 天前开始    | <input type="checkbox"/> ときどき 有时候          |
| <input type="checkbox"/> ( ) 週間前から 从 ( ) 周前开始   | <input type="checkbox"/> だんだんひどくなってくる 越发严重 |
| <input type="checkbox"/> ( ) 月前から 从 ( ) 个月前开始   | <input type="checkbox"/> だんだん収まっている 逐渐见好   |
| <input type="checkbox"/> ( ) 年前から 从 ( ) 年前开始    |  |

○最終月経の始まり ( 月 日から) 最后一次月经开始时间 ( 月 日开始)

○妊娠していますか  はい  いいえ 是否怀孕  是  不是

○不特定の性交渉をしていますか  はい  いいえ

是否有复数性伙伴  是  不是

【既往歴】（該当するところに、レ印を付けてください。）

既往病史（如果有符合的项目请打上√。）

- |                                  |                                 |                                  |                              |                                 |        |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧     | 高血圧                             | <input type="checkbox"/> ガン      | 癌症                           |                                 |        |
| <input type="checkbox"/> 低血圧     | 低血圧                             | <input type="checkbox"/> エイズ     | 艾兹病                          |                                 |        |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中     | 脳溢血                             | <input type="checkbox"/> その他の感染症 | 其他传染病症                       |                                 |        |
| <input type="checkbox"/> 胃腸の病氣   | 肠胃病                             | <input type="checkbox"/> アレルギー   | 過敏性反应                        |                                 |        |
| ┌<br>├<br>└                      | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍    | 胃溃疡                              | ┌<br>├<br>└                  | <input type="checkbox"/> 薬物     | 药物过敏   |
|                                  | <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 | 十二指肠溃疡                           |                              | <input type="checkbox"/> ピリン系薬剂 | 吡唑啉类药物 |
|                                  | <input type="checkbox"/> 虫垂炎    | 阑尾炎                              |                              | <input type="checkbox"/> アスピリン  | 阿司匹林   |
| <input type="checkbox"/> 心臓の病氣   | 心脏病                             | <input type="checkbox"/> 抗生物質    | 抗生素                          |                                 |        |
| ┌<br>└                           | <input type="checkbox"/> 動悸     | 心悸                               | ┌<br>└                       | <input type="checkbox"/> その他    | 其他     |
|                                  | <input type="checkbox"/> 息切れ    | 气短                               |                              | →具体的に絵か名称を描いてください               |        |
| <input type="checkbox"/> 肝臓の病氣   | 肝病                              |                                  |                              | 请写出具体的药物名称或图                    |        |
| <input type="checkbox"/> 腎臓の病氣   | 肾病                              |                                  |                              |                                 |        |
| <input type="checkbox"/> 胆石症     | 胆结石                             |                                  |                              |                                 |        |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺の病氣  | 甲亢                              | <input type="checkbox"/> 食べ物     | 食物过敏                         |                                 |        |
| <input type="checkbox"/> 結核      | 结核病                             | ┌<br>├<br>└                      | <input type="checkbox"/> たまご | 鸡蛋                              |        |
| <input type="checkbox"/> 喘息      | 哮喘                              |                                  | <input type="checkbox"/> 牛乳  | 牛奶                              |        |
| <input type="checkbox"/> ひきつけや痙攣 | 抽搐或痉挛                           |                                  | <input type="checkbox"/> その他 | 其他                              |        |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病     | 糖尿病                             |                                  |                              | →具体的に絵か名称を描いてください               |        |
| <input type="checkbox"/> リウマチ    | 风湿病                             |                                  |                              | 请写出具体的药物名称或图                    |        |
- 鼻血が止まらなかったことがある 有鼻血止不住的时候
- 胸が締め付けられるように痛くなったことがある 有时候胸闷
- 急に意識がなくなったことがある（急に倒れたことがある）  
有突然失去知觉的时候（有突然晕倒的时候）
- 手術を受けたことがある 曾经接受过手术治疗
- 輸血を受けたことがある 曾经输血过
- 今、使用している薬がある（ → 薬や処方せんがあれば見せてください。）  
现在正接受药物治疗（→如果有处方笺或药物请给我看一下。）



- 最近、1ヶ月の間に予防接種を受けた。最近一个月内打过预防针
- BCG     風疹     はしか     ポリオ     日本脳炎     三種混合  
 卡介苗    风疹    麻疹    脊髓灰质炎
- 二種混合     インフルエンザ     その他  
 二联疫苗    流行性感冒    其他

- 最近、1ヶ月の間に、はしか、風疹、水痘などにかかったことがある。  
最近一个月内得过麻疹、风疹、水痘等。

- はしか     風疹     水痘     その他の感染症  
 麻疹    风疹    水痘    其他传染病

- たばこを吸う    (1日    本くらい)    吸烟 (一天    支左右)

- 酒を飲む    饮酒
- 毎日たくさん     毎日少し     ときどき     ごくたまに  
 每天大量饮酒    每天少量    有时候    偶尔及少

- 乳児に母乳を飲ませている (女性で乳児がいる場合) 正在给婴儿授乳
- 毎日     ときどき (人工乳も飲ませる)  
 每天    有时候 (人工喂奶)

- ご家族の病歴について分かる範囲で教えてください。 请填写家族病史

→ (該当する欄に、レ印を記入してください。)(如有符合项请打√。)

	年齢 年齢	健康だ 健康	健康でない 不太健康	高血圧 高血压	脳卒中 脑溢血	心臓病 心脏病	喘息 哮喘	糖尿病 糖尿病	ガン 癌症
父 父亲									
母 母亲									
兄 弟 兄弟									
姉 妹 姐妹									
夫・妻 夫妻									
子 供 子女									

※次のページにもあります。

下一页接续

(該当する欄に、レ印を記入してください。) (如有符合项请打√。)

	アレルギー 過敏反応						
	薬 物 薬物過敏				食 べ 物 食物過敏		
	ピリン系薬剤 吡唑啉类药物	アスピリン 阿司匹林	抗生物質 抗生素	その他 其他	たまご 鸡蛋	牛乳 牛奶	その他 其他
父 父亲							
母 母亲							
兄 弟 兄弟							
姉 妹 姐妹							
夫・妻 夫妻							
子 供 子女							

	エイズ 艾滋病	その他感染症 其他传染病	手術や麻酔での異常 手术或麻醉中有无异常
父 父亲			
母 母亲			
兄 弟 兄弟			
姉 妹 姐妹			
夫・妻 夫妻			
子 供 子女			

## 【診察】

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> これから、診察をします   | 现在开始进行检查   |
| <input type="checkbox"/> 上半身（下半身）の服を脱いでください  | 请脱掉上衣（下身衣服）  |
| <input type="checkbox"/> 袖をまくってください  | 请把袖子卷上去  |
| <input type="checkbox"/> シャツをあげて、胸を出してください   | 请把衬衣往上撩开，露出胸脯  |
| <input type="checkbox"/> 服をゆるめ、お腹を出してください  | 请解开衣服，露出肚子   |
| <input type="checkbox"/> 横になってください   | 请躺下  |
| <input type="checkbox"/> 仰向けになってください   | 请仰卧  |
| <input type="checkbox"/> うつぶせになってください  | 请俯卧（趴下）  |
| <input type="checkbox"/> 息を大きく吸ってください  | 请大口吸气  |
| <input type="checkbox"/> 息を止めてください   | 请屏住（停住）呼吸  |
| <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 一気に <input type="checkbox"/> ゆっくりと）息を吐ってください | （ <input type="checkbox"/> 一口气 <input type="checkbox"/> 慢慢地）呼气（吐气） |
| <input type="checkbox"/> ゆっくり呼吸してください  | 请慢慢地呼吸   |
| <input type="checkbox"/> 力を抜いてください   | 请放松  |
| <input type="checkbox"/> 動かないでください   | 请不要动   |
| <input type="checkbox"/> 一気に飲んでください  | 请一口气喝下去  |
| <input type="checkbox"/> ゲップをしないでください  | 请不要打嗝  |
| <input type="checkbox"/> 口を大きく開いてください  | 请张大口   |
| <input type="checkbox"/> 飲み込まずに、口に含んでください  | 请含在嘴里，不要咽下去  |
| <input type="checkbox"/> 痛いですか   | 疼吗   |
| <input type="checkbox"/> 服を着てください  | 请把衣服穿上   |
| <input type="checkbox"/> 内診をします（子宮と膣の診察をします）   | 现在开始进行妇科检查（阴道和子宫）  |
| <input type="checkbox"/> 直腸診をします（肛門から直腸、前立腺の診察をします）  | 现在开始进行直肠检查（经肛门进行直肠、前列腺检查）  |

【検査】 【検査】

- 検査が必要です 需要进行检查
- 検査には、約（ ）円必要です 检查费大约需要（ ）日元
- 検査を受けますか  はい  いいえ 接受检查吗  是  不是
- 検査のため、（ ）月（ ）日（ ）時に来てください  
请于（ ）月（ ）日（ ）时再来接受检查
- 検査の日は、朝から何も食べたり飲んだりしないでください。  
检查当天，请空腹来（不要吃或喝任何食物）
- 体温測定 测体温
- 血圧測定 测血压
- 血液検査（今から採血します） 验血（现在开始抽血）
- 尿検査（この中に尿を入れてください） 验尿（请把尿接在这个容器里）
- 便検査（この中に便を入れてください） 验大便（请把大便接在这个容器里）
- 喀痰検査（この中に痰を入れてください） 验痰（请把痰接在这个容器里）
- 子宮ガン検査 子宫癌症检查
- エックス線検査 放射线检查
  - 上半身は下着だけになってもらい、エックス線撮影をします  
上身只留下内衣，要拍胸部透视
  - 造影剤を飲んでもらい、胃をエックス線撮影します  
先喝下造影剂，然后进行胃部放射线检查
  - お尻から造影剤を入れて、腸をエックス線撮影します  
从肛门灌造影剂，然后进行肠部放射线检查
- 内視鏡検査 内窥镜检查
  - レンズの付いた管を口から入れて、食道や胃、十二指腸などの中を診ます  
先把内窥视镜从口送入，进行食道或肠胃内部检查
  - レンズの付いた管をお尻から入れて、直腸や大腸の中を診ます  
先把内窥视镜从肛门送入，进行直肠或大肠内部检查

- 心電図検査 (身体に電極を付けて、しばらく寝ているだけの検査です)  
心电图检查 (平躺, 把电极接到身上进行检查)
- 脳波検査 (頭に電極を付けて、しばらく寝ているだけの検査です)  
脑电图检查 (平躺, 把电极接到头部进行检查)
- 超音波検査 (機械をおなかに当てて、内臓の様子を見ます)  
B超检查 (用设备检查内脏器官的情况)
- CT検査 (コンピュータを使ったレントゲン検査です)  
CT检查 (用电子仪器进行检查)
- MRI検査 (コンピュータを使った磁気検査をします)  
磁共振检查 (用磁共振原理进行各项检查)
- 血管造影検査 (血管に管を通し、造影剤を入れて、レントゲン撮影をします)  
血管造影检查 (血管内注射造影剂, 然后进行放射线检查)
- 組織診をします (針を刺して、身体の組織を取って調べます)  
穿刺 (用穿刺方法了解组织情况)
- 視力検査をします (見えたマークを次のうちから選んでください)  
检查视力 (请在表中指出您所看到的图形)
- 聴力検査をします (聞こえたらどちらかの手をあげて知らせてください)  
检查听力 (如果听见声音, 请用手示意)
- 婦人科検査をします 进行妇科检查

【診断】 診断

【大まかな診断】 大致的診断

- |                               |      |                                  |         |
|-------------------------------|------|----------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 心臓病  | 心脏病  | <input type="checkbox"/> 耳の病気    | 耳朵疾病    |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病  | 肝病   | <input type="checkbox"/> 前立腺の病気  | 前列腺病    |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病  | 肾脏病  | <input type="checkbox"/> 子宮の病気   | 子宫疾病    |
| <input type="checkbox"/> 頭の病気 | 脑部疾病 | <input type="checkbox"/> 卵巣の病気   | 卵巢疾病    |
| <input type="checkbox"/> 肺の病気 | 肺部疾病 | <input type="checkbox"/> 脳血管の病気  | 脑血管疾病   |
| <input type="checkbox"/> 胃の病気 | 胃病   | <input type="checkbox"/> 血液の病気   | 血液疾病    |
| <input type="checkbox"/> 腸の病気 | 肠部疾病 | <input type="checkbox"/> 神経の病気   | 神经系统疾病  |
| <input type="checkbox"/> 眼の病気 | 眼部疾病 | <input type="checkbox"/> 心・精神の病気 | 心理・精神疾病 |
| <input type="checkbox"/> 鼻の病気 | 鼻部疾病 |                                  |         |

【全身】 全身

- |                                |          |                                  |      |
|--------------------------------|----------|----------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧症  | 高血压      | <input type="checkbox"/> 筋肉痛     | 肌肉痛  |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症  | 高血脂      | <input type="checkbox"/> 薬物中毒    | 药物中毒 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病   | 糖尿病      | <input type="checkbox"/> 腫瘍      | 肿瘤   |
| <input type="checkbox"/> 痛風    | 风湿痛      | <input type="checkbox"/> がん      | 癌症   |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 | 甲状腺疾病    | <input type="checkbox"/> エイズ     | 艾滋病  |
| <input type="checkbox"/> 貧血症   | 贫血       | <input type="checkbox"/> 風疹      | 风疹   |
| <input type="checkbox"/> こんすい  | 昏迷       | <input type="checkbox"/> 麻疹      | 麻疹   |
| <input type="checkbox"/> 熱性痙攣  | 高烧痉挛(抽筋) | <input type="checkbox"/> 水痘      | 水痘   |
| <input type="checkbox"/> てんかん  | 癫痫病      | <input type="checkbox"/> 流行性耳下線炎 | 腮腺炎  |
| <input type="checkbox"/> 神経痛   | 神经痛      | <input type="checkbox"/> 膠原病     | 胶原病  |

【頭部】 头部

- |                                 |         |                              |        |
|---------------------------------|---------|------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> くも膜下出血 | 蛛网膜下腔出血 | <input type="checkbox"/> 脳挫傷 | 脑挫伤    |
| <input type="checkbox"/> 硬膜下血腫  | 硬膜下血肿   | <input type="checkbox"/> 偏頭痛 | 偏头痛    |
| <input type="checkbox"/> 脳出血    | 脑溢血     | <input type="checkbox"/> うつ病 | 抑郁症    |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞    | 脑梗塞     | <input type="checkbox"/> 神経症 | 神经系统疾病 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎    | 脑膜炎     |                              |        |

【胸部】 胸部疾病

- |                                  |       |                               |      |
|----------------------------------|-------|-------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> かぜ      | 感冒    | <input type="checkbox"/> 肺がん  | 肺癌   |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | 流行性感冒 | <input type="checkbox"/> 自然気胸 | 气胸   |
| <input type="checkbox"/> 扁桃炎     | 扁桃体炎  | <input type="checkbox"/> 狭心症  | 心绞痛  |
| <input type="checkbox"/> 気管支炎    | 支气管炎  | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | 心肌梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 肺炎      | 肺炎    | <input type="checkbox"/> 心不全  | 心力衰竭 |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息   | 哮喘    | <input type="checkbox"/> 不整脈  | 心律不齐 |

【腹部】 腹部

- |                                |       |                                       |           |
|--------------------------------|-------|---------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 腸閉塞   | 腸梗阻   | <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍       | 十二指腸炎     |
| <input type="checkbox"/> 急性虫垂炎 | 急性阑尾炎 | <input type="checkbox"/> 胃がん          | 胃癌        |
| <input type="checkbox"/> 急性腹膜炎 | 急性腹膜炎 | <input type="checkbox"/> 大腸がん         | 大肠癌       |
| <input type="checkbox"/> 胃炎    | 胃炎    | <input type="checkbox"/> ポリープ（胃・大腸など） | 息肉（肠、胃等处） |
| <input type="checkbox"/> 腸炎    | 肠炎    | <input type="checkbox"/> 胆石症          | 胆结石       |
| <input type="checkbox"/> 胆のう炎  | 胆囊炎   | <input type="checkbox"/> 腎不全          | 肾功能衰竭     |
| <input type="checkbox"/> 肝炎    | 肝炎    | <input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群     | 肾硬变综合症    |
| <input type="checkbox"/> 膵炎    | 胰腺炎   | <input type="checkbox"/> 腎炎           | 肾炎        |
| <input type="checkbox"/> 肛門周囲炎 | 肛周炎   | <input type="checkbox"/> 食道炎          | 食道炎       |
| <input type="checkbox"/> 痔核    | 痔疮    | <input type="checkbox"/> 食道がん         | 食道癌       |
| <input type="checkbox"/> 消化管出血 | 消化道出血 |                                       |           |
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍   | 胃溃疡   |                                       |           |

【整形外科】 骨外科

- |                                  |        |                                   |          |
|----------------------------------|--------|-----------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 骨折      | 骨折     | <input type="checkbox"/> 腱断裂・腱損傷  | 腱撕裂、腱损伤  |
| <input type="checkbox"/> 脱臼      | 脱臼     | <input type="checkbox"/> 蜂窩織炎     | 蜂窝组织炎    |
| <input type="checkbox"/> 捻挫      | 扭伤     | <input type="checkbox"/> 変形性関節炎   | 变形性关节炎   |
| <input type="checkbox"/> 打撲      | 跌打损伤   | <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ | 慢性风湿性关节炎 |
| <input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア | 腰椎间盘突出 |                                   |          |
| <input type="checkbox"/> 腰痛      | 腰痛     |                                   |          |

【泌尿器科】 泌尿系統

- |                                 |       |                                 |        |
|---------------------------------|-------|---------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 膀胱炎    | 膀胱炎   | <input type="checkbox"/> 梅毒     | 梅毒     |
| <input type="checkbox"/> 腎盂腎炎   | 肾盂肾炎  | <input type="checkbox"/> 尿路結石   | 尿道结石   |
| <input type="checkbox"/> 尿道炎    | 尿道炎   | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 | 前列腺增生症 |
| <input type="checkbox"/> 性行為感染症 | 性接触感染 | <input type="checkbox"/> 前立腺炎   | 前列腺炎   |
| <input type="checkbox"/> 淋病     | 淋病    |                                 |        |

【皮膚科】 皮膚科

- |                                      |       |                                      |         |
|--------------------------------------|-------|--------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 接触性皮膚炎（かぶれ） | 接触性皮炎 | <input type="checkbox"/> ウイルス性疣贅（いぼ） | 病毒性软疣   |
| <input type="checkbox"/> 水虫          | 脚气    | <input type="checkbox"/> 湿疹          | 湿疹      |
| <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ） | 传染性脓疱 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎    | 特应反应性皮炎 |
| <input type="checkbox"/> じんま疹        | 荨麻疹   | <input type="checkbox"/> 乾癬          | 干癣      |
| <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー     | 药物性过敏 | <input type="checkbox"/> 疥癬          | 疥疮      |
| <input type="checkbox"/> 梅毒          | 梅毒    |                                      |         |
| <input type="checkbox"/> 皮膚腫瘍        | 皮肤肿瘤  | <input type="checkbox"/> 人にうつる       | 传染      |
| <input type="checkbox"/> 良性          | 良性    | <input type="checkbox"/> 人にうつらない     | 非传染     |
| <input type="checkbox"/> 悪性          | 恶性    |                                      |         |

【耳鼻いんこう科】 耳鼻咽喉科

- |                                  |        |                                   |       |
|----------------------------------|--------|-----------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 中耳炎     | 中耳炎    | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 | 过敏性鼻炎 |
| <input type="checkbox"/> 耳垢      | 耳垢（耳垢） | <input type="checkbox"/> 扁桃炎      | 扁桃体炎  |
| <input type="checkbox"/> 外耳炎     | 外耳道炎   | <input type="checkbox"/> 蓄膿症      | 慢性鼻窦炎 |
| <input type="checkbox"/> メニエル症候群 | 美尼尔综合症 | <input type="checkbox"/> 口内炎      | 口腔炎症  |
| <input type="checkbox"/> 突発性難聴   | 突发性重听  | <input type="checkbox"/> 咽頭炎      | 咽炎    |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎    | 副鼻腔炎   |                                   |       |

【眼科】

- |                                     |      |                               |       |
|-------------------------------------|------|-------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 麦粒腫（ものもらい） | 麦粒肿  | <input type="checkbox"/> 網膜剥離 | 视网膜剥离 |
| <input type="checkbox"/> 結膜炎        | 结膜炎  | <input type="checkbox"/> 眼精疲労 | 眼睛疲劳  |
| <input type="checkbox"/> 白内障        | 白内障  | <input type="checkbox"/> 色盲   | 色盲    |
| <input type="checkbox"/> 緑内障        | 青光眼  | <input type="checkbox"/> 近視   | 近视    |
| <input type="checkbox"/> 眼内異物       | 角膜异物 | <input type="checkbox"/> 遠視   | 远视    |
| <input type="checkbox"/> ぶどう膜炎      | 葡萄膜炎 | <input type="checkbox"/> 乱視   | 散光    |
| <input type="checkbox"/> 角膜潰瘍       | 角膜溃疡 | <input type="checkbox"/> 斜視   | 斜视    |
| <input type="checkbox"/> 眼底出血       | 眼底出血 | <input type="checkbox"/> 弱視   | 弱视    |

【精神科】 精神病科

- |                                |        |  |          |
|--------------------------------|--------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> 統合失調症 | 综合失控症  | <input type="checkbox"/> 強迫神経症             | 精神性恐惧症   |
| <input type="checkbox"/> 躁鬱症   | 躁郁症    | <input type="checkbox"/> 離人神経症             | 精神孤僻症    |
| <input type="checkbox"/> 心気神経症 | 精神性不合症 | <input type="checkbox"/> 抑鬱神経症             | 精神抑郁症    |
| <input type="checkbox"/> 不安神経症 | 精神性不安症 | <input type="checkbox"/> 心的外傷後ストレス障害（PTSD） |          |
| <input type="checkbox"/> 恐怖症   | 恐惧症    |  | 创伤性精神紧张症 |

【小児科】 小児科

- |                                 |        |                                |          |
|---------------------------------|--------|--------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 麻疹     | 麻疹     | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | 急性出疹     |
| <input type="checkbox"/> 風疹     | 风疹     | <input type="checkbox"/> 腸重積症  | 肠梗阻      |
| <input type="checkbox"/> 水痘     | 水痘     | <input type="checkbox"/> 下痢症   | 腹泻       |
| <input type="checkbox"/> おたふくかぜ | 流行性腮腺炎 | <input type="checkbox"/> 熱性痙攣  | 高热痉挛（抽筋） |
| <input type="checkbox"/> 百日咳    | 百日咳    | <input type="checkbox"/> 未熟児   | 早产儿      |
| <input type="checkbox"/> 急性喉頭炎  | 急性咽喉炎  |                                |          |



【産婦人科】 婦産科

- |                                  |        |                                 |        |
|----------------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 更年期障害   | 更年期综合症 | <input type="checkbox"/> 卵巣機能不全 | 卵巣功能不全 |
| <input type="checkbox"/> 子宮筋腫    | 子宮肌瘤   | <input type="checkbox"/> 膣炎     | 阴道炎    |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜症   | 子宮内膜炎  | <input type="checkbox"/> 前置胎盤   | 前置胎盤   |
| <input type="checkbox"/> 子宮脱     | 子宮下垂   | <input type="checkbox"/> 胎盤剥離   | 胎盤剥离   |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸部びらん | 宫颈糜烂   | <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症  | 妊娠中毒症  |
| <input type="checkbox"/> 子宮摘出    | 切除子宮   | <input type="checkbox"/> 破水     | 破水     |
| <input type="checkbox"/> 卵巣摘出    | 摘除卵巣   | <input type="checkbox"/> 切迫流産   | 被迫流产   |
| <input type="checkbox"/> 卵管炎     | 輸卵管炎症  | <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠  | 宫外孕    |
| <input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫    | 卵巣囊腫   | <input type="checkbox"/> さかご    | 横产     |

妊娠（ ）ヶ月（ ）週

妊娠（ ）个月（ ）周

出産予定日は（ ）月（ ）日です 预产期是（ ）月（ ）日

○診断書は必要ですか。（診断書の発行に（ ）円かかります。）

需要诊断书吗？（诊断书费用大约需要（ ）日元）

はい       いいえ

是                  不是

【治療・処置】 治療、処置

【全般】 大致的

- 治療は必要ありません 不須要治療
- 薬で治療します 需要药物治疗
  - 院内薬局で薬をもらってください 在本医院药房取药
  - 処方せんを渡しますから、院外薬局に行き、薬を購入してください 给您开处方笺，请到外面药房买药
- 注射で治療します 注射治療
- 点滴で治療します 輸液治療
- 手術をします 需要手術
- 輸血をします 需要輸血
- 通院が必要です 需要每天来医院治疗
  - 毎日来てください 请每天到医院来
  - 薬が終わったら来てください 药用光了再来医院
  - 次回は、( )月( )日( )時頃に来てください 下次( )月( )日( )时到医院来
  - 体調が悪くなったら、次回の通院予定日にかかわらず来てください 如果再有不舒服，不管什么时候请到医院来
  - ( )病院を紹介いたしますから、これを持って受診してください。 给您介绍其他医院，拿着这个到那里去看病吧
- 通院は不要です。また、必要があったら来てください。 不需要每天来医院，如果您觉得需要就再来
- ギプスをします 需要打石膏
- コルセットをします 需要固定
- テーピングをします 用带子缠住关节、肌腱
- リハビリをします 需要康复治疗
- 入院が必要です(約 日) 需要住院(大约需要 天)

【外科】 外科

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛くないようにやります<br>尽量不让您感到疼痛 | <input type="checkbox"/> 切開します 要切开了  |
| <input type="checkbox"/> 消毒します 要进行消毒              | <input type="checkbox"/> 縫合します 开始缝合了 |
| <input type="checkbox"/> 局所麻酔をします 要进行局部麻酔         | <input type="checkbox"/> 抜糸します 要拆线了  |
| <input type="checkbox"/> 包帯交換をします 要换绷带            | <input type="checkbox"/> 毛を剃ります 要剃毛  |

【整形外科】 骨外科

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 首の牽引をします 进行颈部牵引   | <input type="checkbox"/> ギプスをします 打石膏固定           |
| <input type="checkbox"/> 腰の牽引をします 进行腰部牵引   | <input type="checkbox"/> コルセットをします 打钢甲背心         |
| <input type="checkbox"/> リハビリをします 进行康复治疗   | <input type="checkbox"/> テーピングをします<br>用带子缠住关节、肌腱 |
| <input type="checkbox"/> ( ) 週間このままにしてください | ( ) 个星期保持这个状态                                    |

【その他】 其他

- 浣腸します 开始灌肠了
- できるだけ我慢してからトイレに行ってください 请稍微忍耐一会儿再去厕所
- 鼻に綿を入れます 往鼻子里塞药棉了
- しばらく、じっとしててください 请不要乱动
- 軟膏を塗ってください 请擦软膏
- 点鼻薬をつけてください 请用滴鼻药
- 点耳薬をつけてください 请用点耳药
- 点眼薬をつけてください 请用眼药水

【生活上の注意】 日常生活中注意事项

- 安静が最も大切です 最重要的是静养
  
- 許可が下りるまで（約 日間）次の行為は避けてください  
未经医生的允许，请避免做以下事情（大约 天）
  - 仕事 工作
  - 激しい運動 剧烈的运动
  - 入浴・シャワー 洗澡、淋浴
  - 石けんの使用 使用肥皂
  - 喫煙 吸烟
  - 飲酒 饮酒
  - 性行為 性行为
  
- 清潔にしてください 请保持清洁
  
- あまり患部を搔かないようにしてください 不要抓挠伤口部位
  
- 次の食物をたくさん取ってください 请多多食用以下食物
  - 野菜 蔬菜
  - 大豆 大豆
  - 豆腐 豆腐
  - 果物 水果
  - 魚 鱼
  - 牛乳 牛奶
  - 海草 海藻类
  - 水 水
  
- 次の食べ物を取ることは避けてください 禁忌食用以下食物
  - 甘いもの 甜的
  - 辛いもの 辣的
  - 塩分の多いもの 太咸的
  - 脂っこいもの 油膩的
  - 固いもの 硬的
  - 肉類 肉类
  - カフェインを含むもの（コーヒー、紅茶） 含咖啡因的（咖啡、茶类）
  - 酒 酒
  - 刺激物 刺激胃的

【投薬】 用药

飲み薬（内服薬） 内服薬物

錠剤 片剤

- 1回に（ ）錠 次/片
- 1日に（ ）回 日/次
- 朝  昼  晩  寝る前  
早 白天 晩 睡前
- 食後30分以内  
饭后30分钟以内
- 食前 饭前
- 食後2時間後 饭后2小时以后
- （ ）時間ごと 每隔 小时
- （ ）日間飲んでください  
请服用 天

カプセル 胶囊

- 1回に（ ）カプセル 次/粒
- 1日に（ ）回 日/次
- 朝  昼  晩  寝る前  
早 白天 晩 睡前
- 食後30分以内  
饭后30分钟以内
- 食前 饭前
- 食後2時間後 饭后2小时以后
- （ ）時間ごと 每隔 小时
- （ ）日間飲んでください  
请服用 天

粉薬 粉剂

- 1回に（ ）包 次/包
- 1日に（ ）回 日/次
- 朝  昼  晩  寝る前  
早 白天 晩 睡前
- 食後30分以内  
饭后30分钟以内
- 食前 饭前
- 食後2時間後 饭后2小时以后
- （ ）時間ごと 每隔 小时
- （ ）日間飲んでください  
请服用 天

シロップ 水剂

- 1回に（ ）目盛り 次/匙
- 1日に（ ）回 日/次
- 朝  昼  晩  寝る前  
早 白天 晩 睡前
- 食後30分以内  
饭后30分钟以内
- 食前 饭前
- 食後2時間後 饭后2小时以后
- （ ）時間ごと 每隔 小时
- （ ）日間飲んでください  
请服用 天

- 点眼薬（点鼻薬、点耳薬） 滴剂（滴鼻药、滴眼药）
- 1回に（ ）滴（スプレー）する 次/滴（喷）
- 1日に（ ）回 日/次
- 朝  昼  晩  寝る前 早 白天 晚上 睡前
- 食後30分以内 饭后30分钟以内
- 食前 饭前
- 食後2時間後 饭后2小时以后
- （ ）時間ごと 每隔 小时
- （ ）日間用いてください 请滴用 天
- （右、左、両方）の（鼻、耳、眼） （右、左、両方）的（鼻、耳、眼）

- 頓服（頓用） 必要时用
- 痛いとき 疼的时候
- 熱が38.5°C（101.2°F）以上あるとき 发烧到38.5°C（101.2°F）以上的时候
- 眠れないとき 失眠的时候
- 便秘のとき 便秘的时候
- 1回に（ ）個ずつ飲んでください 每次服用 片（粒）
- 症状があっても、次の服用まで（ ）時間以上待ってください  
即使有发作也要隔 小时以上
- 服用できるのは1日に（ ）回までです 一天内不得超过 次

□ 坐薬（腔薬） 栓剂

- 肛門に入れてください 塞入肛門
- 腔に入れてください 放入阴道
- 1日（ ）回 日/次
- 1回（ ）個ずつ 次/粒
- （ ）日に1回 天/一次
- （ ）日間用いてください  
请用 天

□ 外用薬 外用薬物

- 湿布を患部に貼ってください  
将胶布贴在患处
- 軟膏（クリーム）を患部に塗ってください  
把软膏擦在患部
- 1日（ ）回 日/次
- （ ）日に1回 次/粒
- （ ）日間用いてください  
请用 天

○使用上の注意 使用时注意事项

- 眠くなることがあります。車は運転しないでください。  
有嗜睡作用，请避开驾驶
- 症状がよくなっても指示された期間はきちんと飲み続けてください  
即使病症如有好转也要按照医嘱继续服用
- 他人には譲渡しないでください  
请不要转让他人
- 薬で治療している間は、赤ちゃんに母乳を与えないでください（粉ミルクを与えてください）  
接受药物治疗期间，请避开给婴儿授乳（请利用人工喂奶方法）
- 薬で治療している間は、アルコール類を飲まないでください  
接受药物治疗期间，请避开酒精类
- 冷蔵保存してください 请冷藏保存
- 涼しいところに保管してください 请放在荫凉处保存
- 光に当たらないように保管してください 请避开直射光线地方保存

# 手術承諾書

## 手術同意書

○患者氏名 \_\_\_\_\_

患者姓名

このたび、貴院において、(※1 \_\_\_\_\_) に関する手術及び手術に当たって必要な麻酔、応急処置、ならびに同手術に際し、発見された他の病変部位に対する適切な処置を受けるに当たって、その内容について医師 (※2 \_\_\_\_\_) から説明を受け、了解しましたので、その実施を承諾します。

这次，在贵医院接受对 (※1 \_\_\_\_\_) 手术及与相关手术所必要的麻醉、应急措施和对于该手术过程当中被发现的病变部位的确切处理事项，已经由 (※2 \_\_\_\_\_) 医生进行说明，并已了解，同意院方实施手术。

※1 手術名を書いてください (診断の各疾病名を参照してください)

请填写手术名称 (请参考诊断疾病名)

※2 担当医師名を書いてください

请填写负责医生姓名

記入日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 填写日期 年 月 日

○患者本人のサイン \_\_\_\_\_

患者本人签名

○保証人のサイン \_\_\_\_\_

担保人签名

保証人の続柄 \_\_\_\_\_

担保人与患者关系

保証人の住所 \_\_\_\_\_

担保人住址

保証人の電話番号 \_\_\_\_\_

担保人电话号码



※ ここに書かれたことは、あなたの個人情報であり、あなたの許可なく、あなた以外の人に漏らされることはありません。正直にありのままを教えてください。

以下填写内容属于您个人信息，未经您的许可，不会对外泄漏。请正确如实回答。

【入院受付】 住院受理处

○あなたは緊急入院が必要です。 您需要紧急住院

○あなたの入院予定日は、( )月( )日です。 您的住院预定日期是( )月( )日

○あなたの入院予定日が決まりましたら、病院から手紙でお知らせしますので、以下のものを用意して、病院受付に来てください。

如果您的住院预定日期确定下来，由医院以书面形式通知您。届时请您做好以下准备，到医院挂号处。

○入院手続には、以下のものを用意してください。

住院手续需要以下准备

この病院の診察券又はIDカード

本医院的检查券或者登录卡（ID卡）

入院証書 住院证明书

→ 本日用紙を渡しますから、入院時に書いてきてください。

今天发给您，请于住院时填写。

保証金 ( )円 担保金 日元

→ 保証金は退院時に清算するので、預り証は大切に保管してください。

出院时退还担保金，所以请妥善保管担保金发票

健康保険証又は国民健康保険証（加入している人のみ）

健康保险证或者国民健康保险证（仅限加入此类保险的人）

民間保険会社の医療保険証（加入している人のみ）

民间保险公司的医疗保险证（仅限加入此类保险的人）

印鑑（持っている人のみ） 印章（仅限持有人）

○当院では、特別の病室があります。使用を希望する場合は、申し出てください。特別の病室に入院する場合は、特別の室料を支払ってもらう必要がありますが、この特別室料は医療保険の適用がありません。

本院设有特别病房。如果有意使用，请提出申请。如果住入特别病房，需要交纳特室费，此类费用不属于医疗保险范围。

{	特別室	( ) 円/日	特 室	日元/天
	個 室	( ) 円/日	単人間	日元/天
	2 人部屋	( ) 円/日	双人間	日元/天
	( ) 人部屋	( ) 円/日	( ) 人間	日元/天

○入院するときは、次のものを用意してください。 住院时请准备以下物品。

なお、( ) 内に○印が付いたものは、当院内の売店で買えます。

另外，( ) 内有○符号的物品本院内的小卖部有售

- 寝間着 睡衣  
→ 寝間着は、有料で病院が貸し出します。( ) 円/日  
    医院设有出租睡衣 日元/天
- 下着 ( ) 內衣
- 寝間着の上に着るもの ( ) 套衣
- タオル ( ) 毛巾
- バスタオル ( ) 浴巾
- スリッパ ( ) 拖鞋
- 洗面器 ( ) 洗脸盆
- 歯磨き ( ) 牙刷
- くし ( ) 梳子
- 石けん ( ) 肥皂
- シャンプー ( ) 洗发水
- ひげ剃り ( ) 剃须刀
- ティッシュペーパー ( ) 卫生纸
- ウェットティッシュ ( ) 面巾纸
- 箸、フォーク類 ( ) 筷子、刀叉类
- 湯飲み ( ) 汤碗等容器
- 筆記用具 ( ) 笔记用具

(以下は出産のため入院する場合に必要なもの) 以下是分娩住院时必须准备的物品

- 腹帯 ( ) 腹帯
- T字帯 ( ) T字帯
- お産用ナプキン ( ) 産婦用卫生巾
- 赤ちゃん用オムツ ( ) 婴儿用纸尿裤
- 赤ちゃん用衣類一式 ( ) 婴儿用衣服
- おくるみ ( ) 婴儿裹布
- 母子健康手帳 ( ) 母子健康手册

○小児科にお子さんが入院するときは、お子さんのお気に入りのおもちゃなどを用意してください。 小儿科的住院患者请自带平时喜欢的小玩具

○他の医療機関や他の診療科で処方された薬を服用しているときは、入院当日持参してください。 如果正在服用其他医疗机关或诊疗所开的药物，请住院当天携带到医院来

○あなたの入院費用(自己負担分)は、約( )円ですが、今後変わることもあります。 目前您的住院费用(自己负担部分)大约需要 日元，今后有可能变化。

○入院費用は、どのように支払いますか。 您打算以什么方式支付住院费用?

- 自分又は自分の家族が全額現金で支払う。  
自己或家属全额支付
- 自分の働いている会社が全額を立て替えて支払う。  
由自己工作的公司全额垫付
- 自分は( )円まで支払える。残りは、後日支払う。  
我自己先支付( )日元，剩下的部分以后再支付

○前払い金として( )円いただきます

现在收取押金( )日元

→ 前払い金としてもらったお金は、後日請求額から控除します。

押金将在日后的应付款中扣除。

前 払 金 領 収 書  
押 金 收 据

○発行年月日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 発行日期 年 月 日

○病院名 医院名称

○受診科 治疗科室名称

○  外来       入院 (      号室)      门诊      住院 (      病室)

○患者氏名 患者姓名

○生年月日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日      年齢 ( ) 歳  
出生年月日      年      月      日      年齢      岁

医療費（自己負担分）の前払い金として、(      ) 円領収しました。  
现收取医疗费用（个人负担部分）的押金      日元

病院領収印 医院收据印章

# 入院証書

## 住院保証書

( ) 病院長 様 ( ) 医院院长

この度の入院については次のことを守ります。

本人在住院期间愿意遵守以下事项。

- ・入院する者は、入院中、病院の規定に従って生活します。

住院患者在住院期间应按医院规定生活起居。

- ・保護者又は保証人は、入院費用の支払いを含む入院中の患者の全ての行為について責任を負います。

监护人或担保人负责患者的住院费以及住院期间的一切行为。

※以上のことを了承された上で、以下に署名押印又はサインをしてください。

如果同意以上事宜，请签署您的姓名。

### 【入院する方】 住院患者

氏名 姓名		生年月日 出生年月日	年 月 日
住所 住址		電話番号 电 话	

(氏名欄は、署名押印又はサイン)

(请在姓名栏里盖章或签名)

### 【保護者】(入院する方が20歳になっていない場合のみ)

监护人 (仅限住院患者未满20岁的情况)

氏名 姓名		生年月日 出生年月日	年 月 日
住所 住址		電話番号 电 话	
緊急連絡先電話 番号 紧急联系电话		入院する方 との関係 与住院患者 的关系	

### 【保証人】 担保人

氏名 姓名		生年月日 出生年月日	年 月 日
住所 住址		電話番号 电 话	
緊急連絡先電話 番号 紧急联系电话		入院する方 との関係 与住院患者 的关系	

【患者から医療機関へ】 患者申述

○あなたの日本語の能力について、該当するところに、レ印を付けてください。

关于您的日语熟练程度，请在符合栏里划上√

- |                     |   |   |                    |
|---------------------|---|---|--------------------|
| 相手の話す日本語が<br>对方说的日语 | ⎧ | <input type="checkbox"/> 全く分からない              | 完全不懂               |
|                     |   | <input type="checkbox"/> 少し分かる                | 懂一部分               |
|                     |   | <input type="checkbox"/> 概ね分かる                | 明白大意               |
| 日本語を話すことが<br>日语会话   | ⎧ | <input type="checkbox"/> 全くできない               | 完全不会               |
|                     |   | <input type="checkbox"/> 少しできる                | 能说一些               |
|                     |   | <input type="checkbox"/> 日常生活に困らない程度できる       | 日常生活用语没问题          |
| 日本語を読むことが<br>日语阅读   | ⎧ | <input type="checkbox"/> 全くできない               | 完全不会               |
|                     |   | <input type="checkbox"/> 少しできる (ひらがな カタカナ 漢字) | 能读一些 (平假名 片假名 汉字)  |
|                     |   | <input type="checkbox"/> 概ねできる (ひらがな カタカナ 漢字) | 基本没问题 (平假名 片假名 汉字) |
| 日本語を書くことが<br>日语书写   | ⎧ | <input type="checkbox"/> 全くできない               | 完全不会               |
|                     |   | <input type="checkbox"/> 少しできる (ひらがな カタカナ 漢字) | 能写一些 (平假名 片假名 汉字)  |
|                     |   | <input type="checkbox"/> 概ねできる (ひらがな カタカナ 漢字) | 基本没问题 (平假名 片假名 汉字) |

○緊急時のご家族などの連絡先を書いてください。

请填写紧急联系人

氏名 \_\_\_\_\_ 姓名

電話番号 \_\_\_\_\_ 电话

○上に書いた名前をゆっくり発音してください。 请慢慢读上述人的姓名

○上に名前を書いた人は、日本語が理解できますか。該当するところに、レ印を付けてください。

上述人会日语吗?请在合适栏里划上√

相手の話す日本語が  
对方说的日语

- 全く分からない 完全不懂
- 少し分かる 能懂一些
- 概ね分かる 没问题

日本語を話すことが  
日语会话

- 全くできない 完全不会
- 少しできる 会一些
- 日常生活に困らない程度できる 日常生活没问题

日本語を読むことが  
日语阅读

- 全くできない 完全不会
- 少しできる (ひらがな カタカナ 漢字)  
能读一些 (平假名 片假名 汉字)
- 概ねできる (ひらがな カタカナ 漢字)  
基本没问题 (平假名 片假名 汉字)

日本語を書くことが  
日语书写

- 全くできない 完全不会
- 少しできる (ひらがな カタカナ 漢字)  
能写一些 (平假名 片假名 汉字)
- 概ねできる (ひらがな カタカナ 漢字)  
基本没问题 (平假名 片假名 汉字)

○必要な時、通訳してくれる人がいたら連絡先を書いてください。

必要时如果有担任翻译的人，请将其联系方法填上

氏名 \_\_\_\_\_ 姓名

電話番号 \_\_\_\_\_ 电话

○あなたの信じる宗教に、レ印を付けてください。 请将您信仰的宗教上划√

- |                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 仏教           | 佛教      |
| <input type="checkbox"/> キリスト教カトリック   | 天主教     |
| <input type="checkbox"/> キリスト教プロテスタント | 基督新教    |
| <input type="checkbox"/> キリスト教その他の宗派  | 基督教其他宗派 |
| <input type="checkbox"/> イスラム教        | 伊斯兰教    |
| <input type="checkbox"/> ユダヤ教         | 犹太教     |
| <input type="checkbox"/> ヒンズー教        | 印度教     |
| <input type="checkbox"/> シーク教         | 锡克教     |
| <input type="checkbox"/> その他の宗教       | 其他宗教    |

○宗教上の理由で禁じられていることについて、レ印を付けてください。

如果有宗教上的禁忌，请在合适栏里划上√

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食事 飲食方面                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> 肉類すべて 所有肉类                | <input type="checkbox"/> 刺身 生鱼片 |
| <input type="checkbox"/> 牛肉 牛肉                     | <input type="checkbox"/> イカ 墨斗鱼 |
| <input type="checkbox"/> 豚肉 猪肉                     | <input type="checkbox"/> 牛乳 牛奶  |
| <input type="checkbox"/> 鶏肉 鸡肉                     | <input type="checkbox"/> 生卵 生鸡蛋 |
| <input type="checkbox"/> 魚肉 鱼类                     |                                 |
| <input type="checkbox"/> その他の食べ物（具体的に絵か名称を描いてください） | 其他（请写下具体名称）                     |
| <input type="checkbox"/> 輸血 输血                     |                                 |
| <input type="checkbox"/> その他（具体的に絵か名称を描いてください）     | 其他（请写下具体名称）                     |



○宗教以外の習慣的な理由からあなたが食べられない物について、レ印を付けてください。

除宗教以外因个人原因有忌讳的食物，请划上√

- |                                |      |                                |     |
|--------------------------------|------|--------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 肉類すべて | 所有肉类 | <input type="checkbox"/> 生卵    | 生鸡蛋 |
| <input type="checkbox"/> 牛肉    | 牛肉   | <input type="checkbox"/> ヨーグルト | 酸牛奶 |
| <input type="checkbox"/> 豚肉    | 猪肉   | <input type="checkbox"/> カレー   | 咖喱  |
| <input type="checkbox"/> 鶏肉    | 鸡肉   | <input type="checkbox"/> 納豆    | 纳豆  |
| <input type="checkbox"/> 魚肉    | 鱼类   | <input type="checkbox"/> 豆腐    | 豆腐  |
| <input type="checkbox"/> 刺身    | 生鱼片  | <input type="checkbox"/> うどん   | 面条  |
| <input type="checkbox"/> イカ    | 墨斗鱼  | <input type="checkbox"/> ご飯    | 米饭  |
| <input type="checkbox"/> 牛乳    | 牛奶   | <input type="checkbox"/> パン    | 面包  |

- その他（具体的に絵か名称を描いてください） 其他（请写下具体名称）

○今までに食べた物や薬などで、アレルギーが出たことがありますか。該当するところに、レ印を付けてください。

在至今服用过的药物当中，有过敏反应的药物吗？请在合适栏里划上√

- ある       ない  
有              没有

○今までに次の病気にかかったことがあれば、該当するところに、レ印を付けてください。

至今有没有患过以下的疾病，请在合适栏里划上√

- |                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 心臓病     | 心脏病    |
| <input type="checkbox"/> 結核      | 结核病    |
| <input type="checkbox"/> 喘息      | 哮喘     |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病     | 糖尿病    |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病     | 肾病     |
| <input type="checkbox"/> 肝炎      | 肝炎     |
| <input type="checkbox"/> その他の感染症 | 其他传染病类 |

【医療機関から患者へ】 住院指南

○入院生活上の相談について 关于住院期间生活

- 当院には、専門の相談員がいませんので、相談については病院のスタッフに申し出てください。

本医院没有专门接待员，如果有事商量，请向医院工作人员提出。

- 専門の相談員が、あなたの入院生活に伴う様々な問題について、あなたやあなたのご家族と話し合い、問題の解決に努めます。相談は無料であり、相談内容についての秘密は固く守られますので、お気軽に相談してください。

有专门负责人向您或您的家属解释有关您在住院期间的的生活以及相关发生的问题。

商量是免费的，而且会严守保密，随时找负责人进行商量

○あなたの担当医師は、( ) 先生です。 您的主管医生是 ( ) 医生

○あなたの担当看護師は、  
主管您的护士是

- 特に決まっていません 没有指定的  
 ( ) 看護師です。( ) 护士

○あなたの入院する病室は、( ) 号室です。

您的病房号码是 ( ) 病室

○他の医療機関や他の診療科で処方された薬を服用しているときは、見せてください。

如果正在服用其他医院或诊所开的药物，请给我看一下

○あなたの安静度は以下のとおりです。

您需要静养，必须保持

- 絶対安静 绝对安静  
 常にベッド上にいてください(洗面、排せつも含む) 尽量躺在床上(含洗漱、排泄)  
 洗面は室内で、排せつはベッド横のポータブルトイレを使用して室内でしてください。(その他のときは、ベッド上にいてください。)

洗漱在室内，排泄可以使用床边的便携式便盆在室内解决(其他时候需要静卧病床)

- 洗面、排せつは、病室外の洗面所、トイレでもかまいません。

洗漱、排泄可以到病房外洗漱间和厕所

○ご用の時は、ナースコールボタンを押してください。 如果有事，请按铃叫护士

○入院している間の1日の日程は次のとおりです。 住院期间每天的日程如下

起床	起床	( : )	昼食	午餐	( : )
回診	会诊	( : )	夕食	晚餐	( : )
朝食	早餐	( : )	消灯	息灯	( : )

以上の間に、検温や診察があります。 中间有测体温和检查

○食事について 关于饮食

医師の指示により、あなたの病状に応じて病院で食事を用意します。

按照医嘱，根据病情，您的伙食由医院安排

→ 宗教上の理由などで、家族が友達に食事を持ってきてほしい場合は、看護師に申し出てください。

由于宗教的原因，需要委托家人或朋友送餐时，请向护士提出。

あなたの食事には病気の治療のために次の制限があります

因为您的病情，饮食上有以下限制

<input type="checkbox"/> 糖尿病食	糖尿病患者膳食	<input type="checkbox"/> 腎不全食	腎衰竭患者专用膳食
<input type="checkbox"/> 減塩食	限盐膳食	<input type="checkbox"/> その他	其他

あなたの食事には病気の治療のための制限はありません

您在饮食上沒有特定禁忌

○身体を清潔にする際は、病状に応じて、次の方法で行ってください。

根据您的病情，请按照以下方法做个人卫生

<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> シャワー	<input type="checkbox"/> 清拭
泡澡	淋浴	擦拭

○医師から入浴が認められている場合は、以下の時間帯で入浴してください。

如果有医生的许可，请在以下时间洗浴

月	星期一 ( : ) ~ ( : )	金	星期五 ( : ) ~ ( : )
火	星期二 ( : ) ~ ( : )	土	星期六 ( : ) ~ ( : )
水	星期三 ( : ) ~ ( : )	日	星期日 ( : ) ~ ( : )
木	星期四 ( : ) ~ ( : )		

○外出や外泊をする場合は、担当医師の許可が必要です。担当医師か看護師に申し出て下さい。

外出或在外留宿需要有主管医生的许可，请向主管医生或护士提出。

○患者個人の洗濯物について 关于洗衣服务

病院が有料で引き受けます 医院设有收费洗衣服务

病院内に有料のコインランドリーがあります 院内有投币式洗衣房

ご家族などが持ち帰って洗ってください 请让家属带回家洗

○喫煙について 关于吸烟

入院中は禁煙です 住院期间是禁烟

決められた場所でのみ喫煙できます 可在指定场所吸烟

担当医師の指示に従ってください 请按照主管医生的指示做

○テレビ、ラジオについて 关于电视、收音机

病院の許可を得られれば、持ち込んでもかまいません。スタッフにお尋ねください  
如果院方同意，可以自行携带。请向医护人员咨询

テレビは有料で病院から貸し出します。使用方法是、スタッフにお尋ねください  
电视机可以向医院租赁。请向医护人员咨询使用方法。

○院内での飲酒や賭事など、他の患者さんの迷惑になることは、一切禁止されています。

院内禁止发生饮酒、赌博等打扰其他患者的事情

○医療機器に悪い影響を及ぼすので、院内では携帯電話の電源を切っておいてください。

为了避免影响医疗器械，院内禁止使用手机

○身の回り品の整理について 关于随身物品的整理

身の回りの物は自分できちんと管理してください。万が一、病院内で盗難・紛失しても、病院は一切責任を負えません。

请妥善管理自己随身携带的物品。如有被窃、丢失，院方不负任何责任。

○非常の際は、病院スタッフの指示、誘導に従って、慎重に行動してください。

发生紧急情况时，请按照医护人员的指示、引导，慎重行使。

○院内には、次の設備があります 院内设有以下部门

- |                              |       |                                |       |
|------------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 売店  | 小売店   | <input type="checkbox"/> 理容室   | 理发室   |
| <input type="checkbox"/> ポスト | 邮政信箱  | <input type="checkbox"/> 自動販売機 | 自动售货机 |
| <input type="checkbox"/> ATM | 自动提款机 | <input type="checkbox"/> 公衆電話  | 公用电话  |

○付き添いについて 关于陪护

ご家族による付き添いは必要ありませんが、付き添いを希望される場合は、看護師に申し出てください。 家人无须陪床，如果希望陪床，请向护士提出。

病状によって、ご家族等に付き添いをお願いすることがあります。 根据病情，家属可以提出陪床。

○面会時間について 关于探病时间

平日 平时 ( : ) ~ ( : )  
土、日、祝祭日 星期六、日、节日 ( : ) ~ ( : )

→ 面会中は、次のことに注意してください。 探病时，请注意以下事项。

- ・他の患者さんの迷惑にならないようにしてください  
注意不影响其他患者。
- ・面会時間中でも、治療上の理由から、面会できない場合があります  
探病时间内，因有可能正在进行治疗而不能会面的情况。
- ・面会時間外に面会を希望される場合は、看護師に申し出てください。  
在探病时间以外希望会面时，请向护士提出。

【病棟で】 在病房

○昨晚はよく眠れましたか。 昨天晚上睡的好吗？

- はい 睡的好       まあまあ 还可以       あまり眠れなかった 没睡好       全く眠れなかった 根本没睡着

○調子はいいですか。 感觉怎么样？

- よい 很好       まあまあ 还可以       あまりすぐれない 不是很好       悪い 不好

○体温と血圧と脈拍をはかります 现在要测体温和血压

○昨日の（ ）時から、 昨天（ ）时候开始

今日の（ ）時まで 到今天（ ）时候

排尿の回数を書いてください → （ ）回 小便次数→（ ）次

排便の回数を書いてください → （ ）回 大便次数→（ ）次

○便の様子は 大便状况

- 普通 一般       水様 水状（拉稀、拉肚子）  
 固い 硬       血便 便血  
 軟らかい 软

○浣腸をします 现在灌肠

○力を抜いてください 不要使劲，请放松

○できるだけ我慢してからトイレに行ってください 先尽可能忍着再去厕所

○毛を剃ります 现在剃毛

○指示があるまで、何も食べたり飲んだりしないでください。

没有医生允许，请不要吃任何食物或喝任何东西（包括水）

- 検査のため       手術のため       治療のため  
因为要进行检查      因为要做手术      因为要进行治疗

【分娩のとき】 关于分娩（生孩子）

- 何時頃から、陣痛が始まりましたか。 → ( ) 時頃から  
从什么时候开始有阵痛的？ → ( ) 点钟开始
- 今は、何分おきに陣痛がありますか。 → ( ) 分おき  
现在阵痛的间隔时间是几分钟？ → ( ) 分钟
- 分娩室に行きましょう 现在去分娩室（产房）
- 赤ちゃんは元気です 婴儿很健康
- 肛門の方へ、いきんでください 向肛门方向使劲
- 肛門の方へ、いきまないでください 不要向肛门方向使劲
- 大きく息を吸ってください 深呼吸（大口吸气）
- 息を吐いてください 请呼气（吐气）
- 力を抜いてください 请放松
- 赤ちゃんの出口を少し切ります 现在要稍微切开会阴部（侧切）
- 子宮収縮剤を注射します 现在注射子宫收缩剂
- 後陣痛です 这是后阵痛
- 縫合します 现在开始缝合
- おめでとう（  男の子です  女の子です） 恭喜您，生了（男孩儿 女孩儿）
- ナプキンを交換します 给您换一下卫生巾
- お乳が張っていますか → (  はい  いいえ )  
乳房胀吗？ → (  是  没有 )
- 今日から授乳を開始します 现在开始哺乳（喂奶）
- ( ) 時間おきに授乳してください 每隔 ( ) 小时喂一次奶
- 授乳後、赤ちゃんにゲップをさせてください 喂完奶后，请让婴儿打嗝

**【退院】** 出院

○あなたの退院日は、( )月( )日です。 您的出院日期是( )月( )日

→ 退院当日は( : )までに退室してください

→ 出院当天请在( : )之前退出病房

○退院後、通院の必要はありません 出院以后不需要定期来医院

○退院後、通院が必要です 出院以后需要定期来医院

毎日来てください 请每天到医院来

薬が終わったら来てください 用完药再到医院来

次回は、( )月( )日( )時頃に来てください

下次请( )月( )日( )点左右到医院来

体調が悪くなったら、次回の通院予定日にかかわらず来てください

如果不舒服，请不要等下一次预定时间，随时可以到医院来

( )病院を紹介しますから、これを持って通院してください。

给您介绍( )医院，拿着这个介绍信，到那里进行定期检查



【会計】 結帳

## 医療費請求書（領収書）

医疗费帳单（发票）

発行年月日 ( )年( )月( )日 発行日期 ( )年( )月( )日

病院名 \_\_\_\_\_ 医院名称

受診科 \_\_\_\_\_ 科室名称

外来 / 入院 ( )号室 门诊 / 住院 ( )号病房

保険種 \_\_\_\_\_ 保険类别  
負担割合 ( )% 負担比例 ( )%

請求期間 ( )年( )月( )日～( )年( )月( )日  
結帳期限 ( )年( )月( )日～( )年( )月( )日

※ ( )年( )月( )日までに、会計窓口でお支払ください。

※请于 ( )年( )月( )日之前到会计窗口结帐。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 患者姓名

生年月日 ( )年( )月( )日 年齢 ( )歳

出生年月日 ( )年( )月( )日 年齢 ( )岁

(単位：円)

单位：日元

	初診料 初诊费	再診料 复诊费	投薬料 投药费	注射料 注射费	処置料 治疗费	手術料 手术费
保険内 保险部分						
保険外 自费部分						

	検査料 检查费	画像診断料 图像诊断费	理学療法 理疗费	入院料 住院费	室料 病房费	文書料 (診断書等) 文书费 (病例费等)
保険内 保险部分						
保険外 自费部分						

	寝具料 寝具费	食事料 伙食费				合計金額 合计金额
保険内 保险部分						
保険外 自费部分						

保険診療 一部負担金 保险部分金額	保険外自費分 自费部分金額	前払金 押金	前回未収金 上次欠費金額	合計 合计	消費税 消費税	請求金額 結帳金額

病院領収印 医院发票章