

外科問診票/Surgery Intake Form/外科 问诊表/외과 문진표

ID :
名前/Name of patient/患者姓名/환자성명 :

どうしましたか?/What are your symptom(s)?/有什么症状?/오늘은 어떤 증상이 있습니까? ☐ 発熱/Fever/ 発熱/발열 ☐ 痛み/Pain/ 疼痛/통증 ☐ お腹が痛い/Abdominal pain/腹痛/복통 ☐ 怪我/Injury/ 受傷/부상 ☐ やけど/Burn/ 烧伤/화상 ☐ しこり/Lump/ 肿块/응어리 ☐ しびれ/Numbness/ 麻木/저림 ☐ 捻った/Sprain/ 扭伤/삐다 ☐ 体重が減っている/Weight loss/体重减轻/체중이 줄다 ☐ かゆい/Itching/ 瘙痒/가렵다 ☐ 胆石/Gallstone/ 胆结石/담석 ☐ 腫れ/Swelling/ 肿胀/부었다 ☐ 痔/Hemorrhoids/ 痔瘡/치질 ☐ 血便/Bloody stools/ 大便带血/혈변 ☐ のど(甲状腺)/Throat (thyroid)/ 喉(甲状腺)/목(갑상선) ☐ その他/Other/ 其他/기타 ☐ 首/Neck/颈部/목 ☐ 肺/Lung/肺部/폐 ☐ 乳房/Breast/ 胸部/유방 ☐ 胃/Stomach/ 胃部/위 ☐ ヘソ/Belly button/ 肚脐/배꼽 ☐ 腸/Intestine/ 肠/장			
その症状はいつからありますか?/When did the symptom(s) start?/ 该症状是从什么时候开始的?/언제 부터 입니까? ☐ 今日から/Starting today/ 从今天起/오늘 ☐ 昨日から/Since yesterday/ 从昨天开始/어제 ☐ 一週間前 から /One week ago/一周以前/일주일 ☐ 一ヶ月前から/One month ago/一个月以前/한달이상 ☐ 半年以上前から/More than six months/半个月以上/반년이상			

薬や食べ物でアレルギーが出ますか?/Do you have any food or medication allergies?/ 您对药物或食物过敏吗?/약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? ☐ 薬/Medication/ 药物/약 ☐ 食べ物/Food/ 食物/음식물 ☐ その他/Other/ 其他/기타 ☐ いいえ/No/ 无/아니요			
---	--	--	--

現在飲んでいる薬はありますか?/Are you currently taking any medications?/ 目前是否有在服用的药物?/현재 복용중인 약이 있습니까? ☐ はい/Yes/ 有/예 ⇒ 持っていれば見せてください/If you have any, please show them to us./携带药物, 请出示/지금 가지고 있다면 보여 주세요 ☐ いいえ/No/ 无/아니요			
---	--	--	--

妊娠していますか、またはその可能性はありますか?/Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy?/是否在怀孕, 或者有怀孕的可能?/현재 임신중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? ☐ はい/Yes/ 是/예 ⇒ ____ヶ月/Months/ 个月/개월 ☐ いいえ/No/ 否/아니요			
授乳中ですか?/Are you currently breastfeeding?/ 目前是否在哺乳?/수유중 입니까? ☐ はい/Yes/ 是/예 ☐ いいえ/No/ 否/아니요			

裏面も記入してください/Please fill out the reverse side of the form.

请在背面也填写/뒷면에도 기재해 주시기 바랍니다.

今までにかかった病気はありますか？/What illness have you had in the past? / 是否患过以下疾病？ /지금까지 걸린 질병이 있습니까?		
☐ 胃腸の病気/Stomach and intestinal disease/胃腸疾病/위장질환	☐ 肝臓の病気/Liver disease/肝臓疾病/간질환	☐ 心臓の病気/Heart disease/心脏疾病/심장병
☐ 腎臓の病気/Kidney disease/腎臓疾病/신장병	☐ 結核/Tuberculosis/結核/결핵	☐ 糖尿病/Diabetes/糖尿病/당뇨병
☐ 喘息/Asthma/哮喘/천식	☐ 高血圧/High blood pressure/高血圧/고혈압	☐ エイズ/HIV/AIDS/艾滋/에이즈
☐ 甲状腺の病気/Thyroid disease/甲状腺疾病/갑상선 질병	☐ 梅毒/Syphilis/梅毒/매독	☐ その他/Other/其他/기타
現在治療している病気はありますか？/Are you currently under medical treatment?/ 有无正在治疗中的疾病？ /현재 치료 중인 병이 있습니까?		
☐ はい/Yes/有/예		
☐ いいえ/No/无/아니요		

手術を受けたことがありますか/Have you had any operation?/ 是否接受过手术治疗？ /수술을 받은 적이 있습니까?	
☐ はい/Yes/有/예	
☐ いいえ/No/无/아니요	
輸血を受けたことがありますか/Have you had a blood transfusion?/ 有无输血经历/수혈을 받은 적이 있습니까?	
☐ はい/Yes/有/예	
☐ いいえ/No/无/아니요	
麻酔をして何かトラブルがありましたか/ Did you have any trouble with anesthesia? 麻醉过程中有什么问题吗？/마취 후 문제가 생겼나요?	
☐ はい/Yes/有/예	
☐ いいえ/No/无/아니요	