

神経外科問診表(一)

脳神経外科問診表(一)

年 月 日

| | | |
|-------------------------------|--|----|
| 姓名 名前 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 |
| 住址 住所 | 电话 電話 | |
| 是否持有健康保険証 | 健康保険を持っていますか | |
| <input type="checkbox"/> 有 はい | <input type="checkbox"/> 没有 いいえ | |
| 国籍 | | |

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 有何症状? | どうしましたか | |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 頭痛 | <input type="checkbox"/> 肩膀酸痛 肩こり | <input type="checkbox"/> 听力下降 聞こえにくい |
| <input type="checkbox"/> 头晕 めまい | <input type="checkbox"/> 肢体麻木 しびれ | <input type="checkbox"/> 视力下降 見えにくい |
| <input type="checkbox"/> 恶心 吐き気 | <input type="checkbox"/> 手脚不灵 手足の動きが悪 | <input type="checkbox"/> 神志不清 意識不明 |
| <input type="checkbox"/> 耳鸣 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 行走困难 歩きにくい | <input type="checkbox"/> 其他 その他 |
| <input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐 | | |
| 何时开始的? | いつ頃から 年 月 日 | |
| 是否碰撞了头部? | 頭をぶつけましたか | |
| <input type="checkbox"/> 是 はい→ | 年 月 日 | |
| <input type="checkbox"/> 否 いいえ | | |
| 碰撞部位 | どこをぶつけましたか | |
| <input type="checkbox"/> 头前部 前頭部 | <input type="checkbox"/> 头后部 後頭部 | <input type="checkbox"/> 头左侧 左横 <input type="checkbox"/> 头右侧 右横 |
| 是否交通事故? | 交通事故ですか | |
| <input type="checkbox"/> 是 はい | <input type="checkbox"/> 否 いいえ | |
| 头痛者请回答: | 頭痛のある方はお答えください | |
| 头痛开始的时间 | いつからですか 年 月 日 | |
| 怎样开始的? | どのように始まりましたか | |
| <input type="checkbox"/> 突然开始 突然に | <input type="checkbox"/> 逐渐开始 徐々に | |
| 疼痛部位 | どこが痛みますか | |
| <input type="checkbox"/> 头前部 前頭部 | <input type="checkbox"/> 头左侧 左横 | <input type="checkbox"/> 整个头部 頭全体 |
| <input type="checkbox"/> 头后部 後頭部 | <input type="checkbox"/> 头右侧 右横 | |
| 怎样疼痛? | どのように痛みますか | |
| <input type="checkbox"/> 深部跳痛 ズキンズキン | <input type="checkbox"/> 锐痛 キリギリ | |
| <input type="checkbox"/> 胀闷痛 ガンガン | <input type="checkbox"/> 浅表刺痛 チクチク | |
| 一天中何时最痛? | いつが一番痛みますか | |
| <input type="checkbox"/> 早晨 朝 | <input type="checkbox"/> 晚上 夕 | |
| <input type="checkbox"/> 白天 昼 | <input type="checkbox"/> 一整天 一日中 | |
| 是否饮酒? | お酒を飲みますか | |
| <input type="checkbox"/> 是 はい | 毫升/天 ml/日 | <input type="checkbox"/> 否 いいえ |
| 是否吸烟? | たばこを吸いますか | |
| <input type="checkbox"/> 是 はい | 支/天 本/日 | <input type="checkbox"/> 否 いいえ |
| 是否有药物或食物过敏史 | 薬や食物でアレルギーを生じることがありますか | |
| <input type="checkbox"/> 无 いいえ | | |
| <input type="checkbox"/> 有 はい→ | <input type="checkbox"/> 药物 薬 | <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 |

神経外科問診表（二）

脳神経外科問診表(二)

| | |
|--------------|---|
| 是否正在服药？ | 現在毎日飲んでいる薬がありますか |
| | <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带，请给医生看一下 持っていれば見てください |
| 请问女性患者 | 女性に聞きます |
| | 现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、また可能性はありますか <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい → 几个月 何ヶ月 是否正在哺乳 授乳中ですか <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい |
| 迄今为止曾患过何种疾病？ | 今までにかかった病気はありますか |
| | <input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 哮喘 喘息 <input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/> 其他 その他 |
| 所患疾病是否已治愈？ | その病気は治りましたか |
| | <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい |
| 是否接受过手术治疗？ | 手術を受けたことがありますか |
| | <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい |
| 是否接受过输血？ | 輸血を受けたことがありますか |
| | <input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい |