

## Questionnaire/ 問診票

記入者 所属 氏名
--------------

<b>NAME/患者氏名</b>	<b>SEX/性別</b>	<input type="checkbox"/> Male/男性 <input type="checkbox"/> Female/女性
	<b>AGE年齢/年齢</b>	age/歳

**今天有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）**  
**/今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）**

<input type="checkbox"/> Fever/发热	<input type="checkbox"/> Wheezing/ 气喘	<input type="checkbox"/> Cough/咳嗽	<input type="checkbox"/> Phlegm/痰	<input type="checkbox"/> Chest Pain/ 胸痛	<input type="checkbox"/> Shortness of breath/呼吸困難
<input type="checkbox"/> Recommended by another medical institution(including medical examination.)/ 其它诊疗机构让我来此就诊（包括体检）					
<input type="checkbox"/> Other/其它： <span style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 400px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>					

**该症状是从什么时候开始的？**  
**/この症状はいつからありますか。**

<input type="checkbox"/> 发烧/発熱	___ 年/年 ___ 月/月 ___ 日/日	上午/午前、下午/午後	___ 点/時 ___ 分	左右开始/分ごろから		
<input type="checkbox"/> 咳嗽/咳	___ 年/年 ___ 月/月 ___ 日/日	上午/午前、下午/午後	___ 点/時 ___ 分	左右开始/分ごろから		

**从2019年年末至今，有没有得过流感。**  
**/2019年末頃から現在にかけて、ご自身がインフルエンザにかかりましたか。**

否/いいえ    是/はい

**周围有没有此类症状的人**  
**/まわりに同様の症状の方はいますか。**

否/いいえ    是/はい   ⇒   
 比如：孩子得了流感等/例 子どもがインフルエンザに係っている等

**发病两周内是否去过关东・关西地区，或在疾病流行地区逗留？**  
**/発症から2週間以内に関東・関西地域など流行地域を訪問・滞在しましたか。**

否/いいえ    是/はい

**请告知停留时间和目的**  
**/滞在期間・目的を教えてください。**

停留时间/滞在期間      \_\_\_ 年 \_\_\_ 月 \_\_\_ 日 ~ \_\_\_ 年 \_\_\_ 月 \_\_\_ 日

停留目的/滞在目的     

**作为参考，请告知在中国去过、停留过的地方。**  
**/参考にお聞かせください。上記以外での訪問・滞在場所があれば教えてください。**

停留地/滞在場所            停留时间/滞在期間      \_\_\_ 年 \_\_\_ 月 \_\_\_ 日 ~ \_\_\_ 年 \_\_\_ 月 \_\_\_ 日

停留地/滞在場所            停留时间/滞在期間      \_\_\_ 年 \_\_\_ 月 \_\_\_ 日 ~ \_\_\_ 年 \_\_\_ 月 \_\_\_ 日

**是否和以下人员有过两米以内的近距离接触？**  
 ・疾病流行地区的原因不明肺炎患者・疑似患者  
**/ \* 流行地域の原因不明肺炎の患者、またはその疑いがあるが患者と2メートル以内で接触しましたか。**

否/いいえ    是/はい