

OPHTHALMOLOGY

眼科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前 Male 男 Female 女
Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

Address 住所 _____ Phone 電話 _____

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?

No 無 Yes 有

Nationality 国籍 _____ Language 言葉 _____

What is wrong with you? どうしましたか

- right eye 右眼 left eye 左眼 both eyes 両眼
 tearing 涙が出る pain 痛い mucous discharge 目やに
 swelling はれもの foreign body sensation / sandy ゴロゴロする
 blurred vision 見えにくい double vision 物が二重に見える
 sensitivity to light まぶしい others その他

* How long have you had problems? それはいつごろからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

No 無 Yes 有 → medication 薬 food 食物 others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

No 無 Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Questions for women: 女性の方への質問です

* Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy?

妊娠していますか、またその可能性はありますか

No いいえ Yes はい → _____ months ヶ月

* Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか

No いいえ Yes はい

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか

No いいえ Yes はい

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

- stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 liver disease 肝臓の病気
 heart disease 心臓の病気 kidney disease 腎臓の病気 tuberculosis 結核
 diabetes 糖尿病 asthma 喘息 high blood pressure 高血圧症
 AIDS エイズ thyroid problem 甲状腺の病気 others その他

* Has this disease been cured? その病気は治りましたか

No いいえ Yes はい

Does anyone in your family have eye diseases? 家族で目の病気の人はいませんか

No いない Yes いる → who? 誰が _____
what? それはどんな病気ですか _____

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

SURGERY

外科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前 Male 男 Female 女
Date of birth: 生年月日 ____ year 年 ____ month 月 ____ day 日

Address 住所 Phone 電話

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?

No 無 Yes 有

Nationality 国籍 Language 言葉

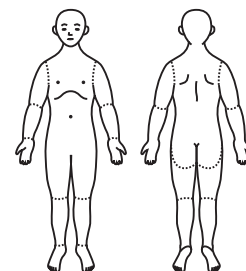
What is wrong with you? どうしましたか

* Circle on the picture below.

fever(____°C) 発熱 pain 痛み injury けが その箇所に丸印をしてください
 burn やけど tumour おでき lump しこり
 numbness しびれ sprain ひねった itching かゆい
 weight loss 体重減少 stomachache 胃痛 swelling 腫れ
 hemorrhoids 痔 bloody stools 血便 others その他

* How long have you had problems? それはいつごろからですか

Since ____ year 年 ____ month 月 ____ day 日から



Have you ever been allergic to medication or food?

薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

No 無 Yes 有 → medication 薬 food 食物 others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

No 無 Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Questions for women: 女性の方への質問です

* Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

No いいえ Yes はい → ____ months ケ月

* Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか No いいえ Yes はい

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 liver disease 肝臓の病気
 heart disease 心臓の病気 kidney disease 腎臓の病気 tuberculosis 結核
 diabetes 糖尿病 asthma 喘息 high blood pressure 高血圧症
 AIDS エイズ thyroid problem 甲状腺の病気 others その他

* Has this disease been cured? その病気は治りましたか

No いいえ Yes はい

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか

No いいえ Yes はい

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか

No いいえ Yes はい

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか

No いいえ Yes はい

If you have a letter of referral to this hospital, please answer the following questions. 紹介状のある方だけお書きください

* Do you have a previous X-ray with you? レントゲンフィルムを持っていますか

No いいえ Yes はい

* Do you have a previous endoscope with you? 内視鏡フィルムを持っていますか

No いいえ Yes はい

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきいたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

OBSTETRICS and GYNECOLOGY

産婦人科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前 _____ Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

Address 住所 _____ Phone 電話 _____

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?
 No 無 Yes 有

Nationality 国籍 _____ Language 言葉 _____

What is wrong with you? どうしましたか

pregnancy 妊娠 irregular period 月経異常 vaginal discharge おりもの
 stomachache 腹痛 irregular genital bleeding 不正性器出血 polyp ポリープ
 oophoroma 卵巣のう腫 vaginal itching 性器のかゆみ uterine leiomyoma 子宮筋腫
 pap smear がん検診 sterility 不妊症 others その他

Menstrual history 月経について

* When did your first period start? 初めて生理があったのはいつですか age _____ years 歳
 * When was your menopause? 閉経はいつですか age _____ years 歳
 * Are periods regular? 生理は順調ですか No いいえ Yes はい
 * Intervals 周期について
 28days 28日型 30days 30日型 _____ days 日型 irregular 不順
 * Periods 持続期間
 last _____ days. 日間
 * Menstrual flow 生理の量
 heavy 多い normal 普通 light 少ない
 * Do you suffer from any pain during your period? 生理痛
 No 無 Yes 有
 * Date of your last period. 最終月経はいつですか
 _____ month 月 _____ day 日

History of pregnancy 妊娠歴

pregnancy 妊娠 → _____ times 回
 delivery 分娩 → _____ times 回 → normal 正常分娩 _____ times 回
 abnormal 異常分娩 _____ times 回
 miscarriage 流産 → _____ times 回 → natural abortion 自然流産 _____ times 回
 artificial abortion 人工流産 _____ times 回
 others その他 → ectopic pregnancy 子宮外妊娠 hydatidiform mole 胎状奇胎

Do you want to deliver your infant at this hospital? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか
 No いいえ Yes はい

Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか
 No 無 Yes 有 → medication 薬 food 食物 others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか
 No 無 Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Have you ever had a pap smear? がん検診を受けたことがありますか
 No いいえ Yes はい → _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 liver disease 肝臓の病気
 heart disease 心臓の病気 kidney disease 腎臓の病気 tuberculosis 結核
 high blood pressure 高血圧症 diabetes 糖尿病 asthma 喘息 AIDS エイズ
 thyroid problem 甲状腺の病気 venereal disease 性病 others その他

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか
 No いいえ Yes はい

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか
 No いいえ Yes はい

Family's medical history : Fill out family's age and check(✓) any diseases they had. 家族の病歴

	age 年齢	healthy 健康	not healthy 健康でない	hereditary disease 遺伝病	high blood pressure 高血圧	diabetes 糖尿病	cancer 癌
father 父		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mother 母		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brothers 兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sisters 姉妹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
husband 夫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
children 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

DENTISTRY

歯科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前	<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日		
Address 住所	Phone 電話	
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?		
<input type="checkbox"/> No 無		
<input type="checkbox"/> Yes 有		
Nationality 国籍	Language 言葉	

What is wrong with you? どうしましたか

- | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> toothache 歯が痛い | <input type="checkbox"/> filling fell out 詰め物がとれた |
| <input type="checkbox"/> gums hurt / bleed 歯茎が痛い | <input type="checkbox"/> cavity 虫歯の治療をしてほしい |
| <input type="checkbox"/> new dentures 入れ歯を作りたい | <input type="checkbox"/> dentures broke 入れ歯がこわれた |
| <input type="checkbox"/> crooked teeth 歯並びを治したい | <input type="checkbox"/> teeth check-up 検診 |
| <input type="checkbox"/> tartar, plaque 歯石・歯垢 | <input type="checkbox"/> bad breath 口臭 |
| <input type="checkbox"/> bad breath 口臭 | <input type="checkbox"/> others その他 |

Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

- No 無
- Yes 有 → medication 薬 food 食物 others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

- No 無
- Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか

- No いいえ
- Yes はい

Have you ever had a tooth removed? 歯を抜いたことがありますか

- No いいえ
- Yes はい

Questions for women: 女性の方への質問です

* Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy?

妊娠していますか、またその可能性はありますか

- No いいえ
- Yes はい → _____ months ヶ月

* Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか

- No いいえ
- Yes はい

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

- | | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 | <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> asthma 喘息 | <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> AIDS エイズ | <input type="checkbox"/> thyroid problem 甲状腺の病気 |
| <input type="checkbox"/> others その他 | <input type="checkbox"/> others その他 |

* Has this disease been cured? その病気を治りましたか

- No いいえ
- Yes はい

Your preferences for treatment: 治療に対する希望

- I want to have all my bad teeth fixed. 悪いことは全て治したい
- I prefer not to have teeth extracted unless it is absolutely necessary. 今痛んでいる歯だけを治したい
- I'll pay the full amount. 自費診療でもかまわない
- I want to have treatment within the limits of the health insurance. 保険の範囲内で治したい
- I want to decide the treatment after consulting with the doctor. 相談の上決めたい

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

OTOLARYNGOLOGY (EAR, NOSE AND THROAT)

耳鼻咽喉科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前 Male 男 Female 女
Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

Address 住所 _____ Phone 電話 _____

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?

 No 無 Yes 有

Nationality 国籍 _____ Language 言葉 _____

What is wrong with you? どうしましたか

 I have a fever. (_____ °C) 熱がある My head feels heavy. 頭が重い I have a headache. 頭が痛い

* ear problem: 耳の症状

 right 右 left 左 both 両方 earache 耳が痛い discharge 耳だれ ringing in the ears 耳なり wax build up 耳あか difficulty in hearing 聞こえが悪い feel dizzy めまい My ears feel plugged. 耳がふさがった感じ

* nose problem: 鼻の症状

 stuffiness 鼻がつまる runny nose 鼻がでる sneezing くしゃみ bleeding 鼻血 snoring いびき inability to smell においがわからない

* throat problem: のどの症状

 sore tongue 舌が痛い sore throat 喉が痛い coughing 咳 feeling as if something stuck in throat 喉に何かある感じ phlegm たん hoarseness 声がかれる difficulty in swallowing 飲み込みにくい swollen face / neck 顔・頸部(くび)の腫れ others その他

* How long have you had problems? それはいつごろからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

 No 無 Yes 有 → medication 薬 food 食物 others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

 No 無 Yes 有 →

If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Questions for women: 女性の方への質問です

* Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy?

妊娠していますか、またその可能性はありますか

 No いいえ Yes はい → _____ months ヶ月

* Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか

 No いいえ Yes はい

Do you drink? お酒を飲みますか

 No いいえ Yes はい → _____ ml / a day ml / 日

Do you smoke? 煙草を吸いますか

 No いいえ Yes はい → _____ cigarettes/a day 本 / 日

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか

 No いいえ Yes はい

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

PEDIATRICS

小児科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Child's name 子供の名前	<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日		
Address 住所	Phone 電話	
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?		
<input type="checkbox"/> No 無		
<input type="checkbox"/> Yes 有		
Nationality 国籍	Language 言葉	

What is wrong with you?(your child) どうしましたか

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fever(_____℃) 熱がある | <input type="checkbox"/> sore throat 喉が痛い | <input type="checkbox"/> cough 咳 |
| <input type="checkbox"/> spasm ひきつけをおこす | <input type="checkbox"/> moody / inactive 元気がない | |
| <input type="checkbox"/> irritable 機嫌が悪い | <input type="checkbox"/> swelling むくみ | <input type="checkbox"/> headache 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> chest pain 胸痛 | <input type="checkbox"/> rash 発疹 | <input type="checkbox"/> abdominal pain 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> loss of appetite(low milk intake) 食欲不振 | <input type="checkbox"/> stomachache 胃痛 | <input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> nausea 吐き気 | <input type="checkbox"/> diarrhea 下痢 | <input type="checkbox"/> insufficient weight gain 体重増加不良 |
| | <input type="checkbox"/> bloody stool 血便 | <input type="checkbox"/> others その他 |

* How long have you(he,she) had problems? それはいつごろからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Have you(he. she) ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

- | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No 無 | <input type="checkbox"/> Yes 有 → | <input type="checkbox"/> medication 薬 | <input type="checkbox"/> egg 卵 | <input type="checkbox"/> milk 牛乳 |
| | | <input type="checkbox"/> other food その他の食べ物 | <input type="checkbox"/> others その他 | |

Are you(he,she) presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No 無 | <input type="checkbox"/> Yes 有 → | If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

What kind of internal medicine can you (he. she) take? どんな種類の薬が飲めますか

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> syrup 水薬 | <input type="checkbox"/> powder 粉薬 | <input type="checkbox"/> tablet or capsule 錠剤またはカプセル |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|

How was the delivery? 出産の状態はどんなでしたか

- | | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| baby's weight _____ g 赤ちゃんの体重 | mother's age _____ 母親の年齢 |
| <input type="checkbox"/> normal delivery 正常分娩 | <input type="checkbox"/> abnormal delivery 異常分娩 |
| <input type="checkbox"/> Caesarean section 帝王切開 | |

vaccination (already immunized) 接種済み予防注射:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tuberculin testing ツベルクリン反応 | <input type="checkbox"/> BCG | <input type="checkbox"/> polio ポリオ |
| <input type="checkbox"/> rubella 風疹 | <input type="checkbox"/> chicken pox 水痘 | <input type="checkbox"/> mumps おたふく風邪 |
| <input type="checkbox"/> DPT (triple combined vaccine) 三種混合ワクチン | <input type="checkbox"/> measles 麻疹 | <input type="checkbox"/> others その他 |

What illnesses have you(he. she) had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

- | | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rubella 風疹 | <input type="checkbox"/> chicken pox 水痘 | <input type="checkbox"/> measles 麻疹 |
| <input type="checkbox"/> asthma 喘息 | <input type="checkbox"/> mumps おたふく風邪 | <input type="checkbox"/> whooping cough 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> appendicitis 虫垂炎 | <input type="checkbox"/> MCL(S)(Kawasaki disease) 川崎病 | |
| <input type="checkbox"/> exanthema subitum 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> Japanese encephalitis 日本脳炎 | |
| <input type="checkbox"/> febrile seizure 熱性痙攣 | <input type="checkbox"/> others その他 | |

* Has this disease been cured? その病気は治りましたか

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |
|---------------------------------|---------------------------------|

Have you(he. she) ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |
|---------------------------------|---------------------------------|

Have you(he. she) ever had any operations? 手術を受けたことがありますか

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No いいえ | <input type="checkbox"/> Yes はい |
|---------------------------------|---------------------------------|

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

ORTHOPEDECS

整形外科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

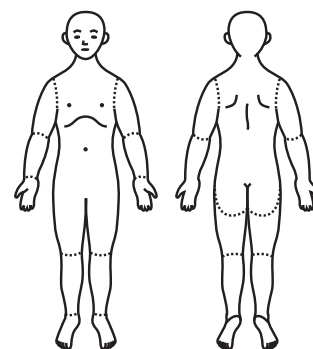
year 年 month 月 day 日

Name 名前	<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日		
Address 住所	Phone 電話	
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?		
<input type="checkbox"/> No 無		
<input type="checkbox"/> Yes 有		
Nationality 国籍	Language 言葉	

What is wrong with you? どうしましたか

- fever (_____ °C) 熱がある
- pain 痛み injury けが
- burn やけど lump しこり
- tumor おでき swelling 腫れ
- itching かゆい numbness しびれ
- sprain ひねった weight loss 体重減少
- others その他

* Circle on the picture below.
その箇所に丸印をしてください



* How long have you had problems? それはいつごろからですか

Since _____ year 年
_____ month 月
_____ day 日から

Have you ever been allergic to medication or food?

薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

- No 無 Yes 有 → medication 薬
- food 食物
- others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

- No 無
- Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Questions for women: 女性の方への質問です

* Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy?

妊娠していますか、またその可能性はありますか

- No いいえ Yes はい → _____ months ヶ月

* Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか

- No いいえ Yes はい

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

- stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 liver disease 肝臓の病気
- heart disease 心臓の病気 kidney disease 腎臓の病気 tuberculosis 結核
- diabetes 糖尿病 asthma 喘息 high blood pressure 高血圧症
- AIDS エイズ thyroid problem 甲状腺の病気 others その他

* Has this disease been cured? その病気は治りましたか

- No いいえ Yes はい

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか

- No いいえ Yes はい

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!・Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつていますが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

INTERNAL MEDICINE

内科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前 Male 男 Female 女
Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

Address 住所 _____ Phone 電話 _____

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?

No 無 Yes 有

Nationality 国籍 _____ Language 言葉 _____

What is wrong with you? どうしましたか

- | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fever (_____ °C) 熱がある | <input type="checkbox"/> sore throat 喉が痛い |
| <input type="checkbox"/> cough 咳 | <input type="checkbox"/> headache 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> rash 発疹 | <input type="checkbox"/> palpitation 動悸 |
| <input type="checkbox"/> swelling むくみ | <input type="checkbox"/> dizziness めまい |
| <input type="checkbox"/> abdominal pain 腹痛 | <input type="checkbox"/> stomachache 胃痛 |
| <input type="checkbox"/> numbness しびれ | <input type="checkbox"/> excessive thirst 口渇 |
| <input type="checkbox"/> abdomen feels swollen 腹が張っている感じ | <input type="checkbox"/> weight loss 体重の減少 |
| <input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐 | <input type="checkbox"/> lose appetite 食欲不振 |
| <input type="checkbox"/> bloody stool 血便 | <input type="checkbox"/> diarrhea 下痢 |
| <input type="checkbox"/> others その他 | <input type="checkbox"/> tire easily 疲れやすい |

* How long have you had problems? それはいつごろからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

No 無 Yes 有 → medication 薬 food 食物 others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

No 無

Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Questions for women: 女性の方への質問です

* Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy?

妊娠していますか、またその可能性はありますか

No いいえ Yes はい → _____ months ヶ月

* Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか

No いいえ Yes はい

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

- | | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 |
| <input type="checkbox"/> AIDS エイズ | <input type="checkbox"/> asthma 喘息 |
| <input type="checkbox"/> thyroid problem 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> others その他 | |

* Has this disease been cured? その病気は治りましたか

No いいえ Yes はい

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか

No いいえ Yes はい

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか

No いいえ Yes はい

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できうる限りの正確さをきいたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

NEUROSURGERY

脳神経外科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前 Male 男 Female 女
Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

Address 住所 Phone 電話

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?
 No 無 Yes 有

Nationality 国籍 Language 言葉

What is wrong with you? どうしましたか

- headache 頭痛 dizziness めまい nausea 吐き気 vomiting 嘔吐
 tinnitus 耳鳴り stiff shoulders 肩こり numbness しびれ tremor 手足のふるえ
 unconsciousness 意識がなくなる difficulty in hearing 聞こえにくい
 difficulty in seeing 物が見えにくい difficulty in walking 歩きにくい
 difficulty in limb movement 手足の動きが悪い others その他

* How long have you had problems? それはいつごろからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Have you ever bumped your head? 頭をぶつけましたか

No いいえ Yes はい → _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

* What part of your head? どこをぶつけましたか

front 前頭部 back 後頭部 right side 右横 left side 左横

* Was it by a traffic accident? 交通事故ですか No いいえ Yes はい

A person with a headache is required to answer the following questions. 頭痛のある方はお答えください

* How did it start? どのように始まりましたか suddenly 突然 gradually 徐々に

* Where is the pain? どこが痛みますか front 前頭部 back 後頭部

right side 右横 left side 左横 entire head 頭全体

* Type of pain? どのように痛みますか throbbing ズキンズキン

sharp/severe ガンガン like being struck with a hammer ガーンと割れるように

tingling キリキリ pricking チクチク others その他

* When is the pain worst? いつが一番痛みますか

morning 朝 noon 昼 evening 夕方 all day 一日中

Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

No 無 Yes 有 → medication 薬 food 食物 others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

No 無 Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Questions for women: 女性の方への質問です

* Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

No いいえ Yes はい → _____ months ヶ月

* Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか No いいえ Yes はい

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 liver disease 肝臓の病気

tuberculosis 結核 heart disease 心臓の病気 kidney disease 腎臓の病気

diabetes 糖尿病 asthma 喘息 high blood pressure 高血圧症

thyroid problem 甲状腺の病気 AIDS エイズ others その他

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか

No いいえ Yes はい

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか No いいえ Yes はい

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか No いいえ Yes はい

Do you drink? お酒を飲みますか No いいえ Yes はい → _____ ml / a day ml / 日

Do you smoke? 煙草を吸いますか No いいえ Yes はい → _____ cigarettes/a day 本/日

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!・Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

DERMATOLOGY

皮膚科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

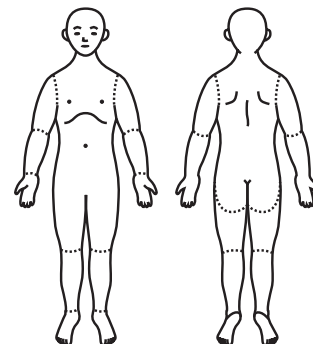
Name 名前	<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日		
Address 住所	Phone 電話	
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?		
<input type="checkbox"/> No 無		
<input type="checkbox"/> Yes 有		
Nationality 国籍	Language 言葉	

What is wrong with you? どうしましたか

- fever (_____ °C) 熱がある pain 痛い
 itching かゆい burn やけど
 rash 発疹 eczema 湿疹
 bruise あざ mole ほくろ
 liverspot しみ athlete's foot 水虫
 oozing じくじくしている others その他

* Circle on the picture below.

その箇所に丸印をしてください



* How long have you had problems? それはいつごろからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Have the symptoms changed? その症状は変化していますか

- No いいえ
 Yes はい
 → got worse ひどくなってきた spread 広がっている
 got better 軽くなってきた moved 移動している others その他

Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

- No 無 Yes 有 → medication 薬 food 食物 others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

- No 無
 Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Questions for women: 女性の方への質問です

* Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy?

妊娠していますか、またその可能性はありますか

- No いいえ Yes はい → _____ months ヶ月

* Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか

- No いいえ Yes はい

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

- stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 liver disease 肝臓の病気
 heart disease 心臓の病気 kidney disease 腎臓の病気 tuberculosis 結核
 diabetes 糖尿病 asthma 喘息 high blood pressure 高血圧症
 AIDS エイズ thyroid problem 甲状腺の病気 others その他

* Has this disease been cured? その病気は治りましたか

- No いいえ Yes はい

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか

- No いいえ Yes はい

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。