

## NEUROSURGERY

## 脳神経外科問診票

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

- 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。