

## ORTHOPEDECS

## 整形外科問診票

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?

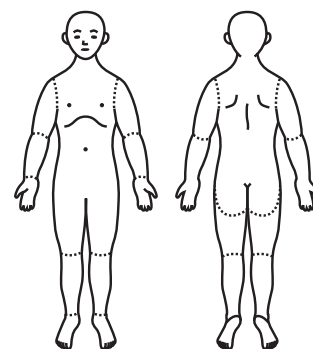
No 無  Yes 有

Nationality 国籍 \_\_\_\_\_ Language 言葉 \_\_\_\_\_

What is wrong with you? どうしましたか

- 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。