

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。