

エスニコ健康データ 愛斯你克健康資料

中国語訳繁体字版 中文繁體字版 JCF-1701

年 月 日 曜日
 _____年_____月_____日 星期_____

必要事項をお書き下さい 請填寫此健康資料

| | |
|------------------------------------|--|
| 氏名 姓名 | |
| 生年月日 年齢 出生年月日 年齡 | 年 月 日 才 _____年_____月_____日 _____歲 |
| 血液型 血型 | RH : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 不明 |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 身長 体重 身高 體重 | cm kg _____ 厘米 _____ 公斤 |
| 健康保険 健康保險 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 无 日本社會保險 日本國民健康保險 其它_____ |
| 国籍 國籍 | |
| 母国語 母語 | |
| 話せる言語名 能使用語言 | <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> ロシア語 <input type="checkbox"/> 韓国語 <input type="checkbox"/> その他 英語 漢語 俄語 韓語 其它_____ |
| 現住所 現住址 | 〒 郵政編碼 _____ 地址 _____ |
| 自宅電話番号 電話號碼 | |
| FAX番号 傳真號碼 | |
| 携帯電話番号 手機號碼 | |
| Eメールアドレス 電子郵政地址 | |
| 職業 職業 | <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 留学生 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営 大學生 留學生 教師 公司職員 公務員 个体經營 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 服務行業 無職業 其它_____ |
| 勤務先又は学校名 工作單位或學生名稱 | |
| 勤務先又は学校の所在地、電話番号 工作單位或學生地址、電話號碼 | 〒 郵政編碼 _____ 電話號碼 _____ 地址 _____ |
| 現在までの在日期間 至今在日時間 | <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 一個星期之內 一個月之內 一年之內 <input type="checkbox"/> 1~3年 <input type="checkbox"/> 3年以上 一到三年 三年以上 |
| 同居家族 同住家庭成員 | <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 無 丈夫 妻子 小孩子 父親 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 兄弟姐妹 朋友 其它_____ |
| 緊急時の連絡先、電話番号 緊急關係地址 電話號碼 | 〒 郵政編碼 _____ 電話號碼 _____ 地址 _____ |
| 飲酒 飲酒 | <input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> その他 不喝 有時喝 每天喝 其它_____ |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|--|------------------------------------|
| 1日の喫煙 一日吸煙量 | <input type="checkbox"/> 吸わない 不吸 | <input type="checkbox"/> 1~10本 一到十枝 | <input type="checkbox"/> 11~20本 十一到二十枝 | <input type="checkbox"/> 21本以上 二十一枝以上 | |
| 習慣上食べられないもの 有無吃不慣的食物 | <input type="checkbox"/> 特にな 無 | <input type="checkbox"/> 豚肉 豬肉 | <input type="checkbox"/> 牛肉 牛肉 | <input type="checkbox"/> 鶏肉 雞肉 | <input type="checkbox"/> その他 其它 |
| 食物アレルギー 食物過敏症 | <input type="checkbox"/> 特にな 無 | <input type="checkbox"/> ある 有 | 食物の名 食物名稱 | | |
| 薬品アレルギー 藥物過敏症 | <input type="checkbox"/> 特にな 無 | <input type="checkbox"/> ある 有 | 薬品名 藥物名稱 | | |
| 服用中の薬はありますか？ 現是否在服藥？ | <input type="checkbox"/> 特にな 無 | <input type="checkbox"/> ある 有 | 薬品名 藥物名稱 | | |
| 現在治療中の病名 現治療中的病名 | | | | | |
| 既往症 既往病史 | <input type="checkbox"/> 特にな 無 | <input type="checkbox"/> はしか 麻疹 | <input type="checkbox"/> 虫垂炎 闌尾炎 | <input type="checkbox"/> 結核 結核 | <input type="checkbox"/> その他 其它 |
| 持病 現在患有病症 | <input type="checkbox"/> 特にな 無 | <input type="checkbox"/> ぜんそく 哮喘 | <input type="checkbox"/> 痛風 痛風 | <input type="checkbox"/> 心臓病 心臟病 | <input type="checkbox"/> その他 其它 |
| 現在気になる症状はありますか？ 有無令您擔心的症状？ | <input type="checkbox"/> 特にな 無 | <input type="checkbox"/> ある 有 | どんな症状ですか？ 有何症状？ | | |
| 診断によっては入院できますか？ 按照診斷, 能否住院？ | <input type="checkbox"/> 不可能 不能 | <input type="checkbox"/> 可能 能 | <input type="checkbox"/> 不明 不明 | | |
| 入院が不可能な方、理由は？ 不能住院的理由？ | <input type="checkbox"/> 経済的 經濟上 | <input type="checkbox"/> 工作上 工作上 | <input type="checkbox"/> 家族の世話 照顧家人 | <input type="checkbox"/> その他 其它 | |
| 入院時に保証人になってくれる日本人 はいますか？ 住院時, 是否有日本人作擔保人？ | <input type="checkbox"/> いない 無 | <input type="checkbox"/> いる 有 | 氏名 姓名 | 住所 地址 | |
| 病院に対して不安はありますか？ 對醫院是否抱有不安？ | <input type="checkbox"/> 特にな 無 | <input type="checkbox"/> ある 有 | <input type="checkbox"/> 治療費 治療費 | <input type="checkbox"/> 言語 語言 | <input type="checkbox"/> 習慣 習慣 |
| 輸血を受けたくない宗教的、その他の 理由がありますか？ 是否有不接受輸血的宗教上的、或其 它理由？ | <input type="checkbox"/> ない 無 | <input type="checkbox"/> ある 有 | 理由 理由 | | |
| 宗教、あるいは別の事柄で医療機関に 知らせておくことがありますか？ 是否有要告知醫療機關的事情？(宗 教或其它理由等) | <input type="checkbox"/> ない 無 | <input type="checkbox"/> ある 有 | <input type="checkbox"/> キリスト教 基督教 | <input type="checkbox"/> イスラム教 伊斯蘭教 | <input type="checkbox"/> 仏教 佛教 |
| | <input type="checkbox"/> ヒンズー教 印度教 | <input type="checkbox"/> その他 其它 | | | |

お答えいただき有難うございました。 このデータのプライバシーを公開しないことをお約束します。
記述内容に変更があった場合は、速やかにお知らせください。

この対訳健康データは、外国人医療のサポートのためにNPO法人エスニコが独自に作成したものです。
営利目的のために無断で、コピー、販売、使用することを禁じます。 特定非営利活動法人 エスニコ
謝謝您的合作!我們保證不公開此資料上的個人隱私。 如上記内容有變, 請速通知我們。

此健康資料由NPO法人「愛斯你克」獨自作成, 目的是為幫助在日外國人到醫院就診所用。禁止以營
利為目的擅自復印, 販賣及使用。

NPO法人 愛斯你克

エスニコ健康データ 中国語訳繁体字版 JCF-1701

愛斯你克健康資料 中文繁體字版