

エスニコ健康データ S-NICO Health Data

英語訳版 Japanese-English JE-1701

年 year _____ 月 Month _____ Date _____ 曜日 Day _____

必要事項をお書き下さい Please fill in the following.

氏名 Name	
生年月日 Date of Birth 年齢 Age	年 Year _____ 月 Month _____ 日 Date _____ 才 _____ Years old
血液型 Blood type	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 Unknown
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
身長 Height 体重 Weight	_____ cm _____ kg
健康保険 Health Insurance	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> 社会保険 Social Insurance <input type="checkbox"/> 国民健康保険 National Health Insurance <input type="checkbox"/> その他 Other _____
国籍 Nationality	
母国語 Native Language	
話せる言語名 Languages spoken	<input type="checkbox"/> 英語 English <input type="checkbox"/> 中国語 Chinese <input type="checkbox"/> ロシア語 Russian <input type="checkbox"/> 韓国語 Korean <input type="checkbox"/> その他 Other _____
現住所 Address	〒 _____
自宅電話番号 Home Phone	
FAX番号 Fax	
携帯電話番号 Mobile	
Eメールアドレス E-mail address	
職業 Occupation	<input type="checkbox"/> 大学生 University student <input type="checkbox"/> 留学生 Student from overseas <input type="checkbox"/> 教員 Teacher <input type="checkbox"/> 会社員 Company employee <input type="checkbox"/> 公務員 Government worker <input type="checkbox"/> 自営 Self-employed <input type="checkbox"/> サービス業 Service industry <input type="checkbox"/> 無職 Unemployed <input type="checkbox"/> その他 Other _____
勤務先又は学校名 Office/School Name	
勤務先又は学校の所在地、電話番号 Office/school Address & Phone	〒 _____ 電話 Phone
現在までの在日期間 How long have you been in Japan?	<input type="checkbox"/> 1週間以内 Under 1 week <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 Under 1 month <input type="checkbox"/> 1年以内 Under 1 year <input type="checkbox"/> 1~3年 1~3 years <input type="checkbox"/> 3年以上 More than 3 years
同居家族 Who do you live with?	<input type="checkbox"/> いない None <input type="checkbox"/> 夫 Husband <input type="checkbox"/> 妻 Wife <input type="checkbox"/> 子 Children <input type="checkbox"/> 友人 Friend <input type="checkbox"/> 父 Father <input type="checkbox"/> 母 Mother <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 Brother/Sister <input type="checkbox"/> その他 Other _____
緊急時の連絡先、電話番号 Contact in case of emergency, Address & Phone	〒 _____ 電話 Phone
飲酒 Alcohol consumption	<input type="checkbox"/> 全く飲まない Not at all <input type="checkbox"/> 時々飲む Sometimes <input type="checkbox"/> 毎日飲む Everyday <input type="checkbox"/> その他 Other _____
1日の喫煙 Smoking/a day	<input type="checkbox"/> 吸わない None <input type="checkbox"/> 1~10本 1~10 cigarettes <input type="checkbox"/> 11~20本 11~20 cigarettes <input type="checkbox"/> 21本以上 More than 20 cigarettes

習慣上食べられないもの Are there any foods that you can't eat?	<input type="checkbox"/> 特にない No <input type="checkbox"/> 豚肉 pork <input type="checkbox"/> 牛肉 beef <input type="checkbox"/> 鶏肉 chicken <input type="checkbox"/> その他 Other _____
食物アレルギー Food allergies	<input type="checkbox"/> 特にない No <input type="checkbox"/> ある Yes 食物の名 Name _____
薬品アレルギー Medicine allergies	<input type="checkbox"/> 特にない No <input type="checkbox"/> ある Yes 薬品名 Name _____
服用中の薬はありますか？ Are you taking any medication now?	<input type="checkbox"/> 特にない No <input type="checkbox"/> ある Yes 薬品名 Name _____
現在治療中の病名 Are you being treated for any disease at present?	
既往症 Previous illnesses	<input type="checkbox"/> 特にない None <input type="checkbox"/> はしか Measles <input type="checkbox"/> 虫垂炎 Appendicitis <input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> その他 Other _____
持病 Chronic disease	<input type="checkbox"/> 特にない None <input type="checkbox"/> ぜんそく Asthma <input type="checkbox"/> 痛風 Gout <input type="checkbox"/> 心臓病 Heart disease <input type="checkbox"/> その他 Other _____
現在気になる症状はありますか？ Are you experiencing any symptoms now?	<input type="checkbox"/> 特にない No <input type="checkbox"/> ある Yes どんな症状ですか？ What kind of symptoms?
診断によっては入院できますか？ Depending upon the diagnosis, could you enter the hospital immediately?	<input type="checkbox"/> 不可能 No <input type="checkbox"/> 可能 Yes <input type="checkbox"/> 不明 Unsure
入院が不可能な方、理由は？ If not, why?	<input type="checkbox"/> 経済的理由 Financial <input type="checkbox"/> 仕事上 Business <input type="checkbox"/> 家族の世話 Family <input type="checkbox"/> その他 Other _____
入院時に保証人になってくれる日本人はいますか？ Do you know any Japanese person who could be your guarantor if you are hospitalized?	<input type="checkbox"/> いない NO <input type="checkbox"/> いる Yes 氏名 Name _____ 連絡先 Address _____ 電話 Phone _____
病院に対して不安はありますか？ Do you feel uneasy about hospitals?	特にない No <input type="checkbox"/> ある Yes <input type="checkbox"/> 治療費 Money <input type="checkbox"/> 言語 Language <input type="checkbox"/> 習慣 Customs <input type="checkbox"/> その他 Other _____
輸血を受けたくない宗教的その他の理由がありますか？ Are there any religious or other reasons that would prevent you from agreeing to a blood transfusion?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Yes 理由 Reason <input type="checkbox"/> 不明 Unsure
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？ Are there religious or any other restrictions that the hospital should know about?	<input type="checkbox"/> 特にない No <input type="checkbox"/> ある Yes <input type="checkbox"/> キリスト教 Christianity <input type="checkbox"/> イスラム教 Islam <input type="checkbox"/> 仏教 Buddhism <input type="checkbox"/> ヒンズー教 Hinduism その他 Other _____

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。この対訳問診票は、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。営業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。

Thank you for answering. Confidentiality is guaranteed. If any of the above information changes, please let us know as soon as possible. These original documents are made by NPO S-NICO, an NPO dedicated to supporting foreigner's medical care in Japan. The use of this information for any other purpose is prohibited. The sale of this information is strictly forbidden.

特定非営利活動法人 エスニコ by NPO S-NICO