

エスニコ問診票 S-NICO Hospital Questionnaire

英語訳版 Japanese-English JE-1702

年 year _____ 月 month _____ 日 date _____ 曜日 day _____

以下の問診票にご記入ください Please fill out the following.

日本語能力 Japanese ability	<input type="checkbox"/> 不自由なく話せる Fluent <input type="checkbox"/> 少し話せる A little <input type="checkbox"/> 全く話せない None
来院目的は？ What would you like to do today?	<input type="checkbox"/> 診察 Consultation <input type="checkbox"/> 処置・治療 Treatment <input type="checkbox"/> 入院 Admission to the hospital <input type="checkbox"/> 検査 Physical Examination <input type="checkbox"/> その他 <u>Other</u> _____
どういう症状がありますか？ 自覚症状をいくつでもチェックして下さい。 What are your symptoms? Please mark all that apply. それはいつからですか？ When did these symptoms begin?	<input type="checkbox"/> けが Injured <input type="checkbox"/> 交通事故 Traffic accident <input type="checkbox"/> 痛む Pain <input type="checkbox"/> 体の一部が麻痺している Paralysis <input type="checkbox"/> 気分が悪い Feeling ill <input type="checkbox"/> めまい Dizziness <input type="checkbox"/> 痒い Itching <input type="checkbox"/> しびれ Numbness <input type="checkbox"/> 浮腫む Swollen <input type="checkbox"/> 吐血 Vomiting blood <input type="checkbox"/> 息切れ Shortness of breath <input type="checkbox"/> 息苦しい Hard to breathe <input type="checkbox"/> 冷や汗 Cold sweats <input type="checkbox"/> 震え Trembling <input type="checkbox"/> 脱力感 Weakness <input type="checkbox"/> 不安感 Anxiety <input type="checkbox"/> 発熱 Fever <input type="checkbox"/> 発疹 Rash <input type="checkbox"/> 下痢 Diarrhea <input type="checkbox"/> 便秘 Constipation <input type="checkbox"/> 食欲不振 No appetite <input type="checkbox"/> 頻尿 Frequent urination <input type="checkbox"/> 吐き気 Nausea <input type="checkbox"/> 鼻水が出る Runny nose <input type="checkbox"/> 咽頭痛 Sore throat <input type="checkbox"/> たんが出る Phlegm <input type="checkbox"/> 生理がない No menstruation <input type="checkbox"/> 月経痛 Menstrual pain <input type="checkbox"/> しこりがある Lump <input type="checkbox"/> その他 <u>Others</u> _____ 何分前から Since _____ minutes ago 何時間前から Since _____ hours ago 何日前から Since _____ days ago 何週間前から Since _____ weeks ago 何ヶ月前から Since _____ months ago 何年前から Since _____ years ago
女性の方、妊娠の可能性はありますか？ If you are a female, do you think that you are pregnant?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> わからない I do not know. <input type="checkbox"/> ある Yes 何ヶ月ですか？ _____ Months pregnant
今日保険証を持って来ましたか？見せてください。 Have you got your insurance card? If you have it, please show it to us.	<input type="checkbox"/> 持ってくるのを忘れた I forgot to bring my card. 今日では自費でお払いいただき次回保険証をお持ちになったときに還付の取り扱いをします You must pay the full amount, but we will reimburse you when you bring your insurance card. <input type="checkbox"/> 保険証番号はわかる I know my insurance number. _____ No. _____ <input type="checkbox"/> もともと保険証がない I have No insurance. 全額自費でお払いいただきます。 You must pay the full amount.

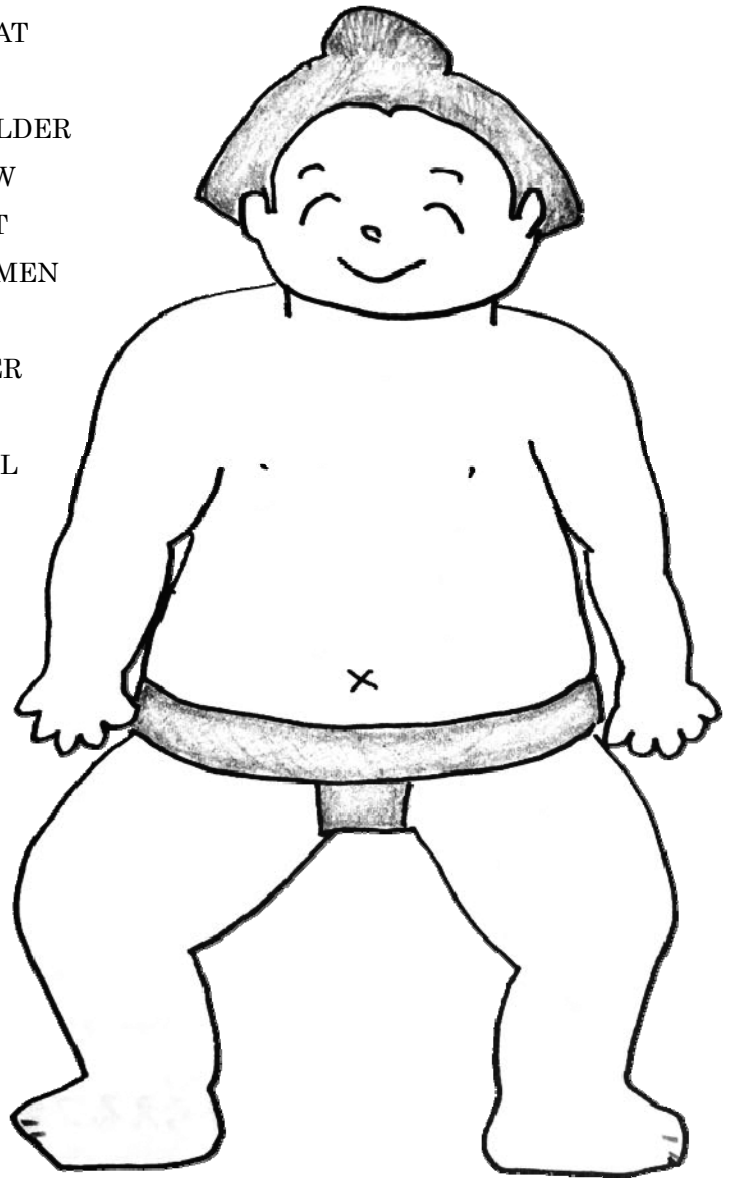
自分の体の中で様子のおかしい部分はどこですか？

Where do you have a problem?

絵にも印をつけてください。

Please mark in the picture as well.

- 頭 HEAD
- 顔 FACE
- 目 EYE
- 耳 EAR
- 口 MOUTH
- 歯 TEETH
- 喉頭 THROAT
- 首 NECK
- 肩 SHOULDER
- 肘 ELBOW
- 胸 CHEST
- 腹 ABDOMEN
- 背中 BACK
- 指 FINGER
- 膝 KNEE
- かかと HEEL
- 脚 LEG



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。

These original documents are made by S-NICO, a 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 S-NICO

エスニコ問診票 英語版 JE-1702

S-NICO Hospital Questionnaire Japanese-English