

エスニコ健康データ S-NICO Données de santé

フランス語訳版 Japonais-Français JF-1701

年 Année _____ 月 Mois _____ 日 Date _____ 曜日 Jour _____

必要事項をお書き下さい S'il vous plaît, remplissez les lignes suivantes.

氏名 Nom	
生年月日 Date d'anniversaire 年齢 Age	年 Année _____ 月 Mois _____ 日 Date _____ 才 âge _____
血液型 Groupe sanguin	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 Inconnu
性別 Genre	<input type="checkbox"/> 男 Homme <input type="checkbox"/> 女 Femme
身長 Taille 体重 Poids	_____ cm _____ kg
健康保険 Assurance santé	<input type="checkbox"/> ない Aucune <input type="checkbox"/> 社会保険 Assurance sociale <input type="checkbox"/> 国民健康保険 Assurance santé nationale (Japonaise) <input type="checkbox"/> その他 Autre
国籍 Nationalité	
母国語 Langue maternelle	
話せる言語名 Langages parlés	<input type="checkbox"/> 英語 Anglais <input type="checkbox"/> 中国語 Chinois <input type="checkbox"/> ロシア語 Russe <input type="checkbox"/> 韓国語 Coréen <input type="checkbox"/> その他 Autres _____
現住所 Adresse	〒 _____
自宅電話番号 Téléphone fixe	
FAX番号 Fax	
携帯電話番号 Téléphone portable	
Eメールアドレス Adresse E-mail	
職業 Statut	<input type="checkbox"/> 大学生 Etudiant universitaire <input type="checkbox"/> 留学生 Etudiant de l'étranger <input type="checkbox"/> 教員 Professeur <input type="checkbox"/> 会社員 Employé d'une société <input type="checkbox"/> 公務員 Fonctionnaire <input type="checkbox"/> 自営 Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> 無職 Sans emploi <input type="checkbox"/> その他 Autre _____
勤務先又は学校名 Nom de la société / de l'école	
勤務先又は学校の所在地、電話番号 Adresse et numéro de téléphone de la société / de l'école	〒 _____ 電話 Téléphone
現在までの在日期間 Depuis combien de temps êtes-vous au Japon ?	<input type="checkbox"/> 1週間以内 Moins d'1 semaine <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 Moins d'1 mois <input type="checkbox"/> 1年以内 Moins d'1 an <input type="checkbox"/> 1~3年 1~3 ans <input type="checkbox"/> 3年以上 Plus de 3 ans

同居家族 Avec qui vivez-vous ?	<input type="checkbox"/> いない Personne <input type="checkbox"/> 夫 Mari <input type="checkbox"/> 妻 Femme <input type="checkbox"/> 子 Enfant(s) <input type="checkbox"/> 友人 Ami(e)(s) <input type="checkbox"/> 父 Père <input type="checkbox"/> 母 Mère <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 Frère(s)/Soeur(s) <input type="checkbox"/> その他 Autre_____
緊急時の連絡先、電話番号 Adresse et numéro de téléphone d'un proche à contacter en cas d'urgence	〒 電話 Téléphone
飲酒 Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/> 全く飲まない Ne consomme pas d'alcool <input type="checkbox"/> 時々飲む Occasionnellement <input type="checkbox"/> 毎日飲む Tous les jours <input type="checkbox"/> その他 Autre_____
1日の喫煙 Cigarettes par jour	<input type="checkbox"/> 吸わない Non fumeur <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 21 ou + cigarettes
習慣上食べられないもの Y a-t-il des aliments que vous ne pouvez pas manger ?	<input type="checkbox"/> 特にない Non <input type="checkbox"/> 豚肉 porc <input type="checkbox"/> 牛肉 boeuf <input type="checkbox"/> 鶏肉 poulet <input type="checkbox"/> その他 Autre(s)_____
食物アレルギー Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> 特にない Non <input type="checkbox"/> ある Oui 食物の名 Nom_____
薬品アレルギー Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/> 特にない Non <input type="checkbox"/> ある Oui 食物の名 Nom_____
服用中の薬はありますか？ Avez-vous pris un médicament ou traitement aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> 特にない Non <input type="checkbox"/> ある Oui 食物の名 Nom_____
現在治療中の病名 Nom de la maladie / diagnostic pour lequel vous êtes traité actuellement	病名 Nom_____
既往症 Antécédent médicaux	<input type="checkbox"/> 特にない Aucune <input type="checkbox"/> はしか Rougeole <input type="checkbox"/> 虫垂炎 Appendicite <input type="checkbox"/> 結核 Tuberculose <input type="checkbox"/> その他 Autre(s)_____
持病 Maladie chronique	<input type="checkbox"/> 特にない Aucune <input type="checkbox"/> ぜんそく Asthme <input type="checkbox"/> 痛風 Goutte <input type="checkbox"/> 心臓病 Maladie du coeur <input type="checkbox"/> その他 Autre(s)_____
現在気になる症状はありますか？ Erouvez-vous des symptômes actuellement ?	<input type="checkbox"/> 特にない Non <input type="checkbox"/> ある Oui どんな症状ですか？Quelle sorte de symptômes? _____
診断によっては入院できますか？ En fonction du diagnostic, pourrez-vous entrer à l'hôpital immédiatement ?	<input type="checkbox"/> 不可能 Non <input type="checkbox"/> 可能 Oui <input type="checkbox"/> 不明 Je ne sais pas
入院が不可能な方、理由は？ Si non, pour quelle raison ?	<input type="checkbox"/> 経済的理由 Financière <input type="checkbox"/> 工作上 Obligations professionnelles <input type="checkbox"/> 家族の世話 Obligations familiales <input type="checkbox"/> その他 Autre(s)_____

<p>入院時に保証人になってくれる日本人はいますか？ Connaissez-vous une personne japonaise qui pourrait être votre garant pour votre entrée à l'hôpital ?</p>	<p><input type="checkbox"/> いない Non <input type="checkbox"/> いる Oui 氏名 Nom _____ 連絡先 _____ 電話 Téléphone _____</p>
<p>病院に対して不安はありますか？ Avez-vous des inquiétudes concernant un séjour dans un hôpital japonais ? Si oui, lesquelles ?</p>	<p><input type="checkbox"/> 特にない Non <input type="checkbox"/> ある Oui <input type="checkbox"/> 治療費 Argent <input type="checkbox"/> 言語 Langue <input type="checkbox"/> 習慣 Habitudes de vie その他 Autre(s) _____</p>
<p>輸血を受けたくない宗教的、その他の理由がありますか？ Y a-t-il des raisons religieuses ou autres, qui vous empêche(nt) de bénéficier d'une transfusion sanguine?</p>	<p><input type="checkbox"/> ない Non <input type="checkbox"/> ある Oui 理由 raisons _____ <input type="checkbox"/> 不明 Je ne sais pas</p>
<p>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？ Pratiquez-vous une religion, et y a-t'il d'autres éléments que le personnel médical doit prendre en compte et savoir ?</p>	<p><input type="checkbox"/> 特にない Non <input type="checkbox"/> ある Oui <input type="checkbox"/> キリスト教 Christiannisme <input type="checkbox"/> イスラム教 Islam <input type="checkbox"/> 仏教 Bouddhisme <input type="checkbox"/> ヒンズー教 Hindouisme その他 Autre _____</p>

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。

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Nous garantissons la confidentialité de ces données.

S'il y a quelque changement dans votre situation, s'il vous plaît laissez-nous le savoir le plus tôt possible.

Ce questionnaire bilingue a été créé à l'origine par NPO S-NICO, dans le but de soutenir les étrangers au Japon, dans le cas de soins médicaux. L'utilisation de ces données pour toute autre fin est interdite. La copie, la vente, et l'utilisation sans autorisation à des fins commerciales est strictement interdite.

特定非営利活動法人 エスニコ by NPO S-NICO

エスニコ健康データ フランス語版 JF-1701
S-NICO Données de santé Japonais-Français