

# エスニコ健康データ S-NICO Data Kesihatan

## マレー語訳版 Malay JML-1801

年 Tahun \_\_\_\_\_ 月 Bulan \_\_\_\_\_ 日 Tarikh \_\_\_\_\_ 曜日 Hari \_\_\_\_\_

必要事項をお書き下さい Sila isikan yang berikut.

氏名 Nama	
生年月日 Tarikh lahir 年齢 Umur	年 Tahun _____ 月 Bulan _____ 日 Tarikh _____ 才 _____ tahun
血液型 Jenis darah	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 Tidak diketahui
性別 Jantina	<input type="checkbox"/> 男 Lelaki <input type="checkbox"/> 女 Perempuan
身長 Tinggi 体重 Berat	_____ cm _____ kg
健康保険 Insurans Kesihatan	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> 社会保険 Insurans sosial <input type="checkbox"/> 国民健康保険 Insurans Kesihatan Kebangsaan Jepun <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____
国籍 Warganegara	
母国語 Bahasa	
話せる言語名 Kemahiran bahasa	<input type="checkbox"/> 英語 Bahasa Inggeris <input type="checkbox"/> 中国語 Bahasa Cina <input type="checkbox"/> ロシア語 Bahasa Rusia <input type="checkbox"/> 韓国語 Bahasa Korea <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____
現住所 Alamat rumah	〒 _____
自宅電話番号 Telefon rumah	
FAX番号 Faks	
携帯電話番号 Telefon bimbit	
Eメールアドレス Alamat email	
職業 Pekerjaan	<input type="checkbox"/> 大学生 Pelajar university <input type="checkbox"/> 留学生 Pelajar luar negara <input type="checkbox"/> 教員 Guru <input type="checkbox"/> 会社員 Pekerja swasta <input type="checkbox"/> 自営 Bekerja sendiri <input type="checkbox"/> 公務員 Kakitangan kerajaan <input type="checkbox"/> サービス業 Industri perkhidmata <input type="checkbox"/> 無職 Tidak bekerja <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____
勤務先又は学校名 Nama syarikat/sekolah	
勤務先又は学校の所在地、電話番号 Alamat dan telefon syarikat / sekolah	〒 _____ 電話 Tel _____
現在までの在日期間 Berapa lamakah anda telah tinggal di Jepun?	<input type="checkbox"/> 1週間以内 Kurang dari 1 minggu <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 Kurang dari 1 bulan <input type="checkbox"/> 1年以内 Kurang dari 1 tahun <input type="checkbox"/> 1～3年 1 hingga 3 tahun <input type="checkbox"/> 3年以上 Lebih dari 3 tahun
同居家族 Ahli keluarga yang tinggal bersama	<input type="checkbox"/> いない Tiada <input type="checkbox"/> 夫 Suami <input type="checkbox"/> 妻 Isteri <input type="checkbox"/> 子 Anak <input type="checkbox"/> 友人 Kawan <input type="checkbox"/> 父 Bapa <input type="checkbox"/> 母 Ibu <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 Adik beradik <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____
緊急時の連絡先、電話番号 Alamat dan telefon jika kecemasan	〒 _____ 電話 Tel _____
飲酒 Pengambilan alkohol	<input type="checkbox"/> 全く飲まない Langsung tidak <input type="checkbox"/> 時々飲む Kadang-kala <input type="checkbox"/> 毎日飲む Setiap hari <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____

1日の喫煙 Jumlah rokok sehari	<input type="checkbox"/> 吸わない Tidak merokok <input type="checkbox"/> 1~10本 1-10 batang rokok <input type="checkbox"/> 11~20本 11-20batang rokok <input type="checkbox"/> 21本以上 Lebih dari 21batang rokok
習慣上食べられないもの Apakah makanan yang anda tidak boleh makan?	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> 豚肉 Khinzir <input type="checkbox"/> 牛肉 Lembu <input type="checkbox"/> 鶏肉 Ayam <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____
食物アレルギー Alahan makanan	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> ある Ada 食物の名 Nama makanan _____
薬品アレルギー Alahan ubat-ubatan	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> ある Ada 薬品名 Nama ubatan _____
服用中の薬はありますか？ Apakah ubat yang anda sedang makan?	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> ある Ada 薬品名 Nama ubat _____
現在治療中の病名 Adakah anda sedang menerima rawatan bagi sebarang penyakit?	
既往症 Penyakit sebelum	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> はしか Campak <input type="checkbox"/> 虫垂炎 Apendiks <input type="checkbox"/> 結核 Tibi <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____
持病 Penyakit kronik	<input type="checkbox"/> 特にない Tiada <input type="checkbox"/> ぜんそく Asma <input type="checkbox"/> 痛風 Gout <input type="checkbox"/> 心臓病 Sakit jantung <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____
現在気になる症状はありますか？ Adakah anda sedang merasa sebarang gejala penyakit?	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> ある Ada どんな症状ですか？ Bagaimanakah gejala tersebut? _____
診断によっては入院できますか？ Jika perlu, bolehkah anda dimasukkan ke hospital dengan segera?	<input type="checkbox"/> 不可能 Tidak boleh <input type="checkbox"/> 可能 Boleh <input type="checkbox"/> 不明 Tidak pasti
入院が不可能な方、理由は？ Jika tidak, apakah sebabnya?	<input type="checkbox"/> 経済的理由 Kewangan <input type="checkbox"/> 仕事上 Kerja <input type="checkbox"/> 家族の世話 Keluarga <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____
入院時に保証人になってくれる日本人はいますか？ Jika anda dimasukkan ke hospital, siapakah yang boleh menjadi penjamin anda?	<input type="checkbox"/> いない Tiada <input type="checkbox"/> いる Ada 氏名 Nama _____ 連絡先 Alamat _____ 電話 Tel _____
病院に対して不安はありますか？ Apakah perkara yang anda bimbang tentang hospital?	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> ある Ada <input type="checkbox"/> 治療費 Yuran <input type="checkbox"/> 言語 Bahasa <input type="checkbox"/> 習慣 Budaya <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____
輸血を受けたくない宗教的その他の理由がありますか？ Adakah sebab pegangan agama atau lain-lain sebab yang melarang anda menjalani pemindehan darah?	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> ある Ada 理由 Sebab _____ <input type="checkbox"/> 不明 Tidak pasti
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？ Adakah pegangan agama atau lain-lain sebab yang anda ingin maklumkan kepada pihak hospital?	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> ある Ada <input type="checkbox"/> キリスト教 Kristian <input type="checkbox"/> イスラム教 Islam <input type="checkbox"/> 仏教 Buddhist <input type="checkbox"/> ヒンズー教 Hindu <input type="checkbox"/> その他 Lain-lain _____

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。

Dokumen ini dibuat secara khusus oleh S-NICO untuk menyokong rawatan perubatan warga asing di Jepun. Dilarang menjual, menyalin, atau menggunakan maklumat ini untuk tujuan komersial.

特定非営利活動法人 エスニコ Oleh S-NICO