

エスニコ問診票 S-NICO Questionnaire pour l'hôpital

フランス語訳版 Japonais-Français JF-1802

年 Année _____ 月 mois _____ 日 date _____ 曜日 jour _____

以下の問診票にご記入ください S'il vous plaît, remplissez les éléments suivants.

日本語能 Niveau en japonais	<input type="checkbox"/> 不自由なく話せる Courant <input type="checkbox"/> 少し話せる Un petit peu <input type="checkbox"/> 全く話せない Ne parle pas japonais
来院目的は？ Vous venez pour quoi aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> 診察 Consultation <input type="checkbox"/> 処置・治療 Traitement <input type="checkbox"/> 入院 Admission à l'hôpital <input type="checkbox"/> 検査 Examen médical <input type="checkbox"/> その他 Autre _____
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。 Que vous arrive t-il aujourd'hui ? Avez-vous l'un de ces symptômes ? それはいつからですか？ Ces symptômes ont commencé quand ?	<input type="checkbox"/> けが Blessure <input type="checkbox"/> 交通事故 Accident de la route <input type="checkbox"/> 痛む Douleurs <input type="checkbox"/> 体の一部が麻痺している Une partie du corps paralysée <input type="checkbox"/> 気分が悪い Me sens malade <input type="checkbox"/> めまい Vertiges <input type="checkbox"/> 痒い Démangeaisons <input type="checkbox"/> しびれ Engourdissement <input type="checkbox"/> 浮腫む Enfléments <input type="checkbox"/> 吐血 Vomi du sang <input type="checkbox"/> 息切れ Essoufflement <input type="checkbox"/> 息苦しい Difficulté à respirer <input type="checkbox"/> 冷や汗 Sueurs froides <input type="checkbox"/> 震え Tremblements <input type="checkbox"/> 脱力感 Faiblesse <input type="checkbox"/> 不安感 Anxiété <input type="checkbox"/> 発熱 Fièvre <input type="checkbox"/> 発疹 Eruptions cutanées <input type="checkbox"/> 下痢 Diarrhée <input type="checkbox"/> 便秘 Constipation <input type="checkbox"/> 食欲不振 Pas d'appétit <input type="checkbox"/> 頻尿 Urinations fréquentes <input type="checkbox"/> 吐き気 Nausées <input type="checkbox"/> 鼻水が出る Nez qui coule <input type="checkbox"/> 咽頭痛 Maux de gorge <input type="checkbox"/> たんが出る Toux grasse – Glaires <input type="checkbox"/> 生理がない Pas de menstruations <input type="checkbox"/> 月経痛 Douleurs menstruelles <input type="checkbox"/> しこりがある Une/des bosse(s) <input type="checkbox"/> その他 Autre(s) _____ 何分前から Depuis _____ minutes 何時間前から Depuis _____ heures 何日前から Depuis _____ jours 何週間前から Depuis _____ semaines 何ヶ月前から Depuis _____ mois 何年前から Depuis _____ années
女性の方、妊娠の可能性はありますか？ Si vous êtes une femme, pensez-vous être enceinte ?	<input type="checkbox"/> ない Non <input type="checkbox"/> わからない Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ある Oui 何ヶ月ですか？ Enceinte de combien de mois ? _____
今日保険証を持って来ましたか？見せてください。 Avez-vous avec vous votre carte d'assurance santé ? Si oui, montrez-nous la s'il vous plaît.	<input type="checkbox"/> 持ってくるのを忘れた J'ai oublié d'apporter ma carte. 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 <i>Aujourd'hui, vous devrez payer la totalité du montant, mais vous serez remboursé quand vous apporterez votre carte d'assurance santé.</i> <input type="checkbox"/> 保険証番号はわかる Je connais mon numéro de carte d'assurance santé. N° : _____ <input type="checkbox"/> もともと保険証がない Je n'ai pas d'assurance santé. 全額自費でお払いいただきます。 <i>Vous devez payer la totalité du montant.</i>

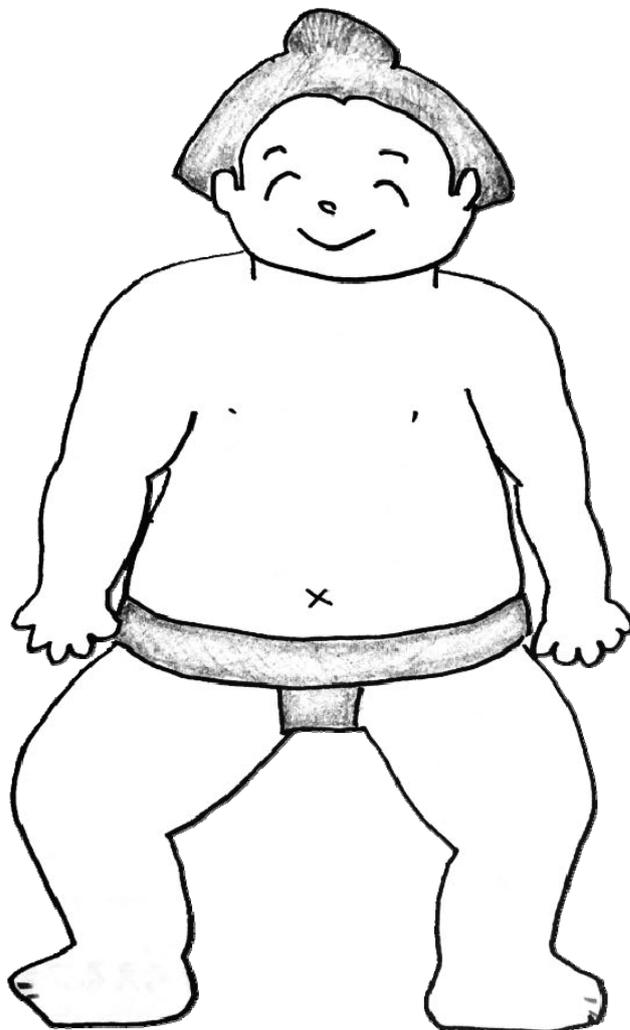
自分の体の中で様子のおかしい部分はどこですか？

Où est-ce que se situe le problème / la douleur ?

絵にも印をつけてください。

Indiquez le aussi sur le schéma s'il vous plaît.

- 頭 Tête
- 顔 Visage
- 目 Oeil/Yeux
- 耳 Oreille(s)
- Bouche
- 歯 Dent(s)
- 喉頭 Gorge
- 首 Cou
- 肩 Epaule
- 肘 Coude(s)
- 胸 Poitrine
- 腹 Abdomen
- 背中 Dos
- 指 Doigt(s)
- 膝 Genou(x)
- かかと Talon
- 脚 Jambe



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。

Ces documents originaux ont été réalisés par S-NICO, un NPO dédié au soutien des étrangers au Japon, dans le cas des soins médicaux. L'utilisation de ces informations à d'autres fins est interdite. La vente de ces informations est strictement interdite.

特定非営利活動法人 エスニコ by S-NICO

エスニコ問診票 フランス語版 JF-1802

S-NICO Questionnaire pour l'hôpital Japonais-Français