

エスニコ健康データ S-NICO Dati sulla Salute

イタリア語訳版 Giapponese-Italiano JIt-1901

年 Anno _____ 月 Mese _____ 日 Data _____ 曜日 Giorno _____

必要事項をお書き下さい Per favore, compila il seguente modulo.

氏名 Nome	
生年月日 Data di Nascita 年齢 Età	年 Anno _____ 月 Mese _____ 日 Data _____ 才 _____ Anni
血液型 Gruppo Sanguigno	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 Sconosciuto
性別 Sesso	<input type="checkbox"/> 男 Uomo <input type="checkbox"/> 女 Donna
身長 Altezza 体重 Peso	_____ cm _____ kg
健康保険 Assicurazione Sanitaria	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> 社会保険 Assicurazione Sociale <input type="checkbox"/> 国民健康保険 Assicurazione Sanitaria Nazionale (giapponese) <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
国籍 Nazionalità	
母国語 Lingua madre	
話せる言語名 Lingue parlate	<input type="checkbox"/> 中国語 Cinese <input type="checkbox"/> ロシア語 Russo <input type="checkbox"/> 韓国語 Coreano <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
現住所 Indirizzo	〒 _____
自宅電話番号 Telefono di casa	
FAX番号 Fax	
携帯電話番号 Telefono cellulare	
Eメールアドレス Indirizzo E-mail	
職業 Occupazione	<input type="checkbox"/> 大学生 studente universitario <input type="checkbox"/> 留学生 Studente dall' estero <input type="checkbox"/> 教員 Insegnante <input type="checkbox"/> 会社員 Impiegato aziendale <input type="checkbox"/> 公務員 impiegato statale <input type="checkbox"/> 自営 Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> サービス業 Settore terziario <input type="checkbox"/> 無職 Disoccupato <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
勤務先又は学校名 Nome Ufficio/Scuola	
勤務先又は学校の所在地、電話番号 Indirizzo e numero di telefono di Ufficio/Scuola	〒 _____ 電話 Telefono
現在までの在日期間 Da quanto tempo sei in Giappone?	<input type="checkbox"/> 1週間以内 Meno di una settimana <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 Meno di un mese <input type="checkbox"/> 1年以内 Meno di un anno <input type="checkbox"/> 1~3年 1-3 anni <input type="checkbox"/> 3年以上 Più di 3 anni
同居家族 Con chi vivi?	<input type="checkbox"/> いない Nessuno <input type="checkbox"/> 夫 Marito <input type="checkbox"/> 妻 Moglie <input type="checkbox"/> 子 Bambini <input type="checkbox"/> 友人 Amici <input type="checkbox"/> 父 Padre <input type="checkbox"/> 母 Madre <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
緊急時の連絡先、電話番号 Contatto in caso di emergenza, indirizzo e numero	〒 _____ 電話 Telefono

飲酒 Consumo di alcolici	<input type="checkbox"/> 全く飲まない Mai <input type="checkbox"/> 時々飲む Qualche volta <input type="checkbox"/> 毎日飲む Ogni giorno <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
1日の喫煙 Sigarette al giorno	<input type="checkbox"/> 吸わない No <input type="checkbox"/> 1~10本 1~10 sigarette <input type="checkbox"/> 11~20本 11~20 sigarette <input type="checkbox"/> 21本以上 Più di 21 sigarette
習慣上食べられないもの C'è qualche cibo che non puoi mangiare?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> 豚肉 maiale <input type="checkbox"/> 牛肉 manzo <input type="checkbox"/> 鶏肉 pollo <input type="checkbox"/> その他 altro _____
食物アレルギー Allergie alimentari	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Sì 食物の名 Nome _____
薬品アレルギー Allergie a medicinali	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Sì 薬品名 Nome _____
服用中の薬はありますか？ Stai prendendo dei medicinali ora?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Sì 薬品名 Nome _____
現在治療中の病名 Stai venendo trattato per qualche malattia?	
既往症 Malattie precedenti	<input type="checkbox"/> ない Nessuna <input type="checkbox"/> はしか Morbillo <input type="checkbox"/> 虫垂炎 Appendiciti <input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
持病 Malattie croniche	<input type="checkbox"/> ない Nessuna <input type="checkbox"/> ぜんそく Asma <input type="checkbox"/> 痛風 Gotta <input type="checkbox"/> 心臓病 Malattie cardiache <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
現在気になる症状はありますか？ Hai qualche sintomo ora?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Sì どんな症状ですか？ Che tipo di sintomi? _____
診断によっては入院できますか？ A seconda della diagnosi, ti faresti ricoverare ora?	<input type="checkbox"/> 不可能 No <input type="checkbox"/> 可能 Sì <input type="checkbox"/> 不明 Non lo so
入院が不可能な方、理由は？ Se no, per quale ragione?	<input type="checkbox"/> 経済的理由 Finanziaria <input type="checkbox"/> 仕事上 Lavoro <input type="checkbox"/> 家族の世話 Familiare <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
入院時に保証人になってくれる日本人はいますか？ Conosci una persona giapponese che potrebbe farti da garante nel caso venissi ricoverato?	<input type="checkbox"/> いない No <input type="checkbox"/> いる Sì 氏名 Nome _____ 連絡先 Indirizzo _____ 電話 Telefono _____
病院に対して不安はありますか？ Ti senti a disagio per quanto riguarda gli ospedali?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Sì <input type="checkbox"/> 治療費 Soldi <input type="checkbox"/> 言語 Lingua <input type="checkbox"/> 習慣 Abitudini <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
輸血を受けたくない宗教的その他の理由がありますか？ Ci sono ragioni religiose o di altro tipo per cui ti rifiuteresti di fare una trasfusione di sangue?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Sì 理由 Ragione _____ <input type="checkbox"/> 不明 Non lo so
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？ Ci sono restrizioni religiose di cui l'ospedale dovrebbe venire a conoscenza?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Sì <input type="checkbox"/> キリスト教 Cristianesimo <input type="checkbox"/> イスラム教 Islam <input type="checkbox"/> 仏教 Buddismo <input type="checkbox"/> ヒンズー教 Induismo <input type="checkbox"/> その他 Altro _____

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。Questi sono documenti originali fatti da NPO S-NICO, un NPO dedicato al

supporto delle cure mediche degli stranieri in Giappone. L'uso di queste informazioni per altri propositi è proibito. La vendita di queste informazioni è severamente proibita.

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

イタリア語訳版 JIt-1901

S-NICO Dati sulla Salute Giapponese-Italiano