

エスニコ問診票 S-NICO Questionario Ospedale

イタリア語訳版 Giapponese-Italiano JIt-1902

年 anno _____ 月 mese _____ 日 data _____ 曜日 giorno _____

以下の問診票にご記入ください Per favore, compila il seguente modulo.

日本語能力 Abilità di giapponese	<input type="checkbox"/> 不自由なく話せる Fluente <input type="checkbox"/> 少し話せる Un pò <input type="checkbox"/> 全く話せない Nessuna
来院目的は？ Cosa vorresti fare oggi?	<input type="checkbox"/> 診察 Consulenza <input type="checkbox"/> 処置・治療 Trattamento <input type="checkbox"/> 入院 Ricovero <input type="checkbox"/> 検査 Esame fisico <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
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。 Quali sono i tuoi sintomi? Per favore, segna tutto ciò che corrisponde.	<input type="checkbox"/> けが Ferita <input type="checkbox"/> 交通事故 Incidente stradale <input type="checkbox"/> 痛む Dolore <input type="checkbox"/> 体の一部が麻痺している Paralisi <input type="checkbox"/> 気分が悪い Malessere <input type="checkbox"/> めまい Vertigini <input type="checkbox"/> 痒い Prurito <input type="checkbox"/> しびれ Intorpidimento <input type="checkbox"/> 浮腫む Gonfiore <input type="checkbox"/> 吐血 Vomitare sangue <input type="checkbox"/> 息切れ Respiro corto <input type="checkbox"/> 息苦しい Difficoltà a respirare <input type="checkbox"/> 冷や汗 Sudore freddo <input type="checkbox"/> 震え Brividi <input type="checkbox"/> 脱力感 Debolezza <input type="checkbox"/> 不安感 Ansia <input type="checkbox"/> 発熱 Febbre <input type="checkbox"/> 発疹 Eruzione cutanea <input type="checkbox"/> 下痢 Diarrea <input type="checkbox"/> 便秘 Costipazione <input type="checkbox"/> 食欲不振 Mancanza di appetite <input type="checkbox"/> 頻尿 Urinazione frequente <input type="checkbox"/> 吐き気 Nausea <input type="checkbox"/> 鼻水が出る Naso che cola <input type="checkbox"/> 咽頭痛 Mal di gola <input type="checkbox"/> たんが出る Catarro <input type="checkbox"/> 生理がない Mancanza di mestruazioni <input type="checkbox"/> 月経痛 Dolore mestruale <input type="checkbox"/> しこりがある Nodulo <input type="checkbox"/> その他 Altro _____
それはいつからですか？ Quando sono iniziati questi sintomi?	何分前から Da _____ minuti fa 何時間前から Da _____ ore fa 何日前から Da _____ giorni fa 何週間前から Da _____ settimane fa 何ヶ月前から Da _____ mesi fa 何年前から Da _____ anni fa
女性の方、妊娠の可能性はありますか？ Se sei una donna, pensi di essere incinta?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> わからない Non lo so <input type="checkbox"/> ある Sì 何ヶ月ですか？ _____ mesi incinta
今日保険証を持って来ましたか？ 見せてください。 Hai la tua assicurazione sanitaria? Se ce l'hai, mostrala a noi.	<input type="checkbox"/> 持ってくるのを忘れた Mi sono dimenticata l'assicurazione 今日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 Devi pagare l'intera cifra ma ti rimborseremo non appena porterai l'assicurazione sanitaria. <input type="checkbox"/> 保険証番号はわかる Conosco il mio numero di assicurazione sanitaria. _____ No. _____ <input type="checkbox"/> もともと保険証がない Non ho assicurazione. 全額自費でお払いいただきます。Devi pagare l'intera cifra.

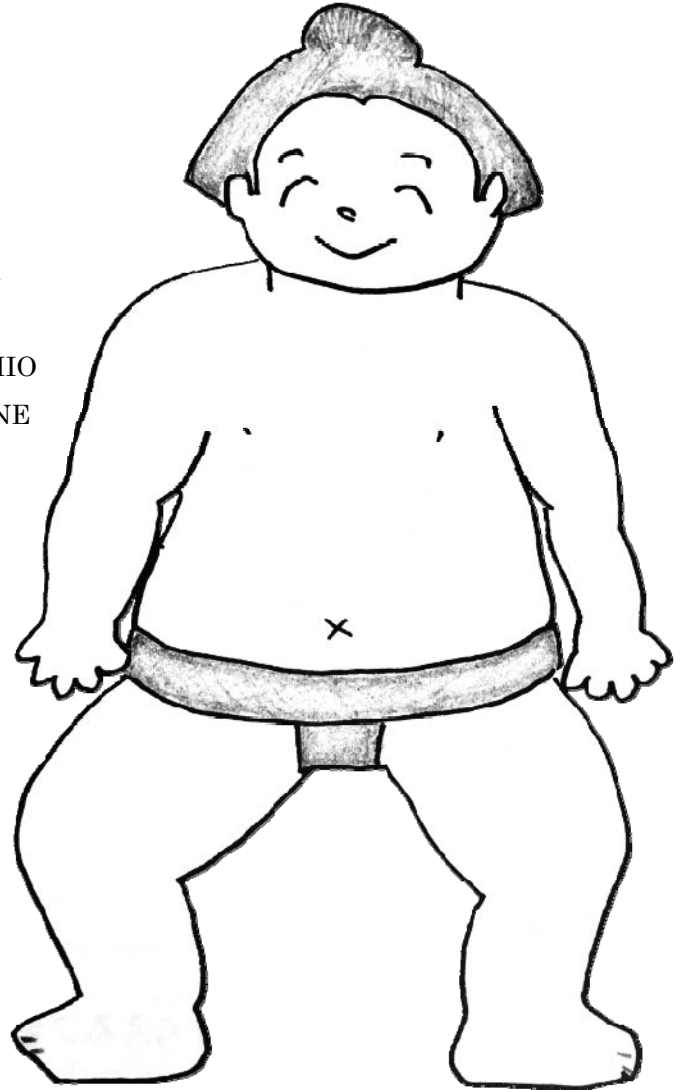
自分の体の中で様子のおかしい部分はどこですか？

Dove hai un problema?

絵にも印をつけてください。

Per favore, segna anche le foto

- 頭 TESTA
- 顔 FACCIA
- 目 OCCHIO
- 耳 ORECCHIO
- 口 BOCCA
- 歯 DENTI
- 喉頭 GOLA
- 首 COLLO
- 肩 SPALLE
- 肘 GOMITO
- 胸 PETTO
- 腹 ADDOME
- 背中 SCHIENA
- 指 DITO
- 膝 GINOCCHIO
- かかと TALLONE
- 脚 GAMBA



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。

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 di S-NICO

エスニコ問診票 イタリア語訳版 JIt-1902

S-NICO Questionario Ospedale Giapponese-Italiano