法務省管警第４１号
平成３０年２月２７日

入国者収容所長　殿
地方入国管理局長　殿
地方入国管理局支局長　殿

法務省入国管理局長　和田　雅樹
（公印省略）

「健康状態に関する質問書」の改正について（通知）

標記については，昭和５９年１１月２２日付け法務省管警第３５７号「健康状態に関する質問書の利用について」に基づき対応しているところ，今般，同質問書の記載内容を改正し，本年３月５日から実施することとしたので通知します。

なお，管下出張所に対しては，貴職から通知願います。

添付物
健康状態に関する質問書（２７言語）　各１部

健康状態に関する質問書　（アラビア語）

استبيان حول الحالة الصحية

年　月　日
التاريخ:

国籍・地域　　男・女
الجنسية/البلد:　　أنثى　ذكر

氏　名　　年齢　歳
الاسم:　　السن:　سنة

該当する□に✔印を入れてください。

المرجو وضع علامة ✔ على المعلومات المناسبة

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？

هل تحس بخلل أو مشكل في أحد أجزاء جسمك؟

□ある　□ない　→ 質問4へ

نعم　لا　← المرور إلى السؤال 4

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✔した人のみ）

ما هي الأعراض؟ (سؤال يهم فقط الأشخاص الذين أجابوا بنعم على السؤال 1 أعلاه)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
صداع في الرأس　كأن رأسك مضغوط　صداع شديد　(ألم كأنك ضُربت على الرأس)

□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
ألم في الصدر　كأن صدرك مضغوط　ألم شديد　(ألم على شكل وخز)

□呼吸が苦しい　□動悸がする　□背中が痛い
صعوبة في التنفس　خفقان في القلب　ألم في الظهر

□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
حمى　كحة　ألم في الحنجرة　خروج بلغم

□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
انحباس في الأنف　غثيان　ألم في المعدة　ألم في أسفل الظهر

□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
إمساك　إسهال　دوخة　صعوبة في النوم

□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
حكة في الجلد　حساسية في الجلد　ألم اسنان　تنمل

□その他（　　）
أعراض اخرى (　　)

3　いつから症状がありますか？（　　）

منذ متى ظهرت هذه الأعراض؟

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。

المرجو كتابة اسم المرض في حال زرت مستشفى خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة

時期（　年　月　日頃）　病院名（　　）　病名（　　）

اسم المرض:　اسم المستشفى:　تاريخ الزيارة:

5　女性の方のみ質問します。

أسئلة تخص السيدات فقط

（1）妊娠している可能性はありますか？　□ない　لا

هل هناك احتمال أن تكوني حامل؟　□ある（妊娠　か月）

نعم (في شهرك　)

（2）最終月経日（　年　月　日頃）

آخر تاريخ للحيض (　　)

6　以下の質問に答えてください。

امرجو الإجابة على الأسئلة التالية

（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل تستخدم أدوية حاليا؟

（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل سبق لك وتعاطيت للمخدرات؟

（3）結核にかかったことがありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل سبق لك وأصبت بداء السل؟

（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل سبق لك وأصبت بالتهاب كبدي؟

（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل سبق وقيل لك من قبل طبيب أن ضغطك مرتفع؟

（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل سبق وقيل لك أنك مصاب بالربو؟

（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل سبق وقيل لك أنك مصاب بالسكري؟

（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل سبق لك وأصبت بمرض القلب (نوبة قلبية، ذبحة صدرية، الخ)

（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل سبق لك وأصبت بمرض الدماغ (احتشاء دماغي، نزيف الدماغ، الخ)

（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل سبق لك ورقدت في المستشفى أو تعرضت لعملية جراحية؟

時期（　年　月　日頃）　病院名.（　　）　病名（　　）

تاريخ الزيارة:　اسم المستشفى:　اسم المرض:

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل تعاني من حساسية تجاه نوع معين من الأدوية أو الأطعمة؟

（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある　نعم　□ない　لا

هل هناك أطعمة لا تسمح ديانتك بتناولها؟

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない　لا

هل يعاني أحد أفراد عائلتك من الأمراض التالية؟ ومن هو/هي؟

□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）

ارتفاع ضغط الدم　مرض القلب　مرض الدماغ　داء السكري　مع　(العلاقة　　)　الشخص

官用欄（未記入で記載）					
身長	cm	体温	①	度	
体重	kg		②	度	
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／　（　）	
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／　（　）	

引継事：

健康状態に関する質問書　（インドネシア語）

Lembar Pertanyaan Kondisi Kesehatan

年　月　日
Thn.　bln.　tgl.

国籍・地域　　男・女
Kewarganegaraan/Wilayah　　Laki-laki/Perempuan

氏　名　　年齢　歳
Nama lengkap　　Umur　tahun

該当する□に✔印を入れてください。
Berikan tanda centang pada kotak yang sesuai.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
Adakah keluhan tentang kondisi tubuh Anda?
□ある　□ない　→　質問４へ
Ada　Tidak ada　→　Ke pertanyaanno. 4

2　どのような症状ですか？（上記１で「ある」に✔した人のみ）
Bagaimana gejalanya? (Hanya bagi yang memberi tanda centang pada jawaban "Ada" di pertanyaan no. 1 di atas)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
Sakit kepala (Seperti diremas　Seperti berdenyut-denyut　Seperti ditendang)

□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
Sakit dada (Seperti diremas　Seperti berdenyut-denyut　Seperti ditusuk)

□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
Susah bernapas　Jantung berdebar　Sakit leher　Sakit punggung

□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
Demam　Batuk　Sakit tenggorokan　Berdahak

□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
Hidung mampet　Mual　Sakit perut　Sakit pinggang

□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
Sembelit　Diare　Pening　Susah tidur

□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
Kulit gatal　Ruam kulit　Sakit gigi　Kesemutan

□その他（　　）
Lainnya (　　)

3　いつから症状がありますか？3. Sejak kapan Anda mengalami gejala tersebut?
(　　)

4　３か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
Jika Anda pernah ke rumah sakit dalam 3 bulan terakhir, tulislah nama penyakit dan informasi lainnya.
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Waktu (sekitar thn.　bln.　tgl.　) Nama RS　Nama penyakit

5　（女性の方のみ質問します。）Pertanyaan ini hanya untuk perempuan.
（１）妊娠している可能性はありますか？　□ない　Tidak ada
Adakah kemungkinan Anda hamil?　□ある　Ada（妊娠　か月）
(kandungan　bulan)
（２）最終月経日（　年　月　日頃）
Tanggal haid terakhir (sekitar thn.　bln.　tgl.　)

6　以下の質問に答えてください。
Silakan jawab pertanyaan-pertanyaan berikut.

（１）現在，服用している薬はありますか？　□ある Ada　□ない Tidak ada
Adakah obat yang Anda minum saat ini?

（２）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある Ada　□ない Tidakpernah
Pernahkah Anda menggunakan narkoba?

（３）結核にかかったことがありますか？　□ある Ada　□ない Tidak pernah
Pernahkah Anda mengidap TBC?

（４）肝炎にかかったことがありますか？　□ある Ada　□ない Tidak pernah
Pernahkah Anda mengidap hepatitis?

（５）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？
Pernahkah Anda diberi tahu dokter bahwa Anda memiliki tekanan darah tinggi?
□ある Ada　□ない Tidak pernah

（６）医師から喘息と言われたことがありますか？ □ある Ada　□ない Tidakpernah
Pernahkah Anda diberi tahu dokter bahwa Anda mengidap asma?

（７）医師から糖尿病と言われたことがありますか？□ある Ada　□ない Tidak pernah
Pernahkah Anda diberi tahu dokter bahwa Anda mengidap diabetes?

（８）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？
Apakah Anda memiliki riwayat penyakit jantung (infark miokard, angina pektoris, dll.)?　□ある Ya　□ない Tidak

（９）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？
Apakah Anda memiliki riwayat penyakit otak (infark serebral, pendarahan otak, dll.)?　□ある Ya　□ない Tidak

（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある Pernah　□ない Tidak pernah
Pernahkah Anda opname atau menjalani operasi?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Waktu (sekitar thn.　bln.　tgl.　) Nama RS　Nama penyakit

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Apakah Anda mengidap alergi obat atau makanan?

（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある Ada　□ない Tidak ada
Adakah makanan yang tidak boleh Anda konsumsi karena alasan agama?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない Tidak
Adakah keluarga Anda yang mengidap gejala berikut? Siapa?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
Hipertensi　Peny. jantung　Peny. otak　Diabetes　(Hubungan　　)

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①	度	
体重	kg		②	度	
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継事：

健康状態に関する質問番　　（ウルドゥー語）

آپکی صحت سے متعلق سوالنامہ

年　月　日
تاریخ : سال　مہینہ　یوم

国籍・地域
شہریت / علاقہ

氏　名
نام

男・女
مرد ۔ عورت

年齢
عمر : سال

該当する□に✔印を入れてください。

براہِ مہربانی متعلقہ خانے □ میں ✔ کا نشان لگائیں

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？

کیا آپ کی طبیعت خراب ہے؟

□ある　　□ない　　→ 質問４へ

جی ہاں　　جی نہیں　　→ سوال نمبر ۴ کی طرف رجوع کریں

2　どのような症状ですか？（上記１で「ある」に✔した人のみ）

کس قسم کی علامات ہیں؟ (صرف وہ لوگ جواب دیں جنہوں نے سوال امبر 1 میں "جی ہاں" پر ✔ کا نشان لگایا ہے)

□頭が痛い　سر درد
□しめつけられるような　سر جکڑا ہوا ہے
□ズキズキした　ٹیسیں اُٹھ رہی ہیں
□殴られたような　(جیسے کسی نے گھونسہ مارا ہو)

□胸が痛い　سینے میں درد
□しめつけられるような　سر جکڑا ہوا ہے
□ズキズキした　ٹیسیں اُٹھ رہی ہیں
□刺すような　(سوئی چبھنے والا درد)

□呼吸が苦しい　سانس لینے میں تکلیف
□動悸がする　تڑپنا
□首が痛い　گردن کا درد
□背中が痛い　کمر کا درد

□熱がある　بخار
□咳が出る　کھانسی
□喉が痛い　گلے کا درد
□痰が出る　بلغم

□鼻づまり　بند ناک
□吐気がする　متلی ہونا
□胃が痛い　پیٹ کا درد
□腰が痛い　کمر کا درد

□便秘　قبض
□下痢　اسہال
□めまいがする　سرچکرانا
□眠れない　نیند نہ آنا

□皮膚がかゆい　جلد پر خارش
□発疹がある　جلد پر سُرخ نشان
□歯が痛い　دانت کا درد
□しびれがある　سُن ہونا

□その他（　　）
دیگر（　　）

3　いつから症状がありますか？（　　）

یہ بیماری کی علامات کب سے ہیں؟

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。

اگر پچھلے 3 مہینوں کے دوران ہسپتال گئے ہوں تو اُس ہسپتال کا نام، وغیرہ تحریر فرمائیں۔

時期（　年　月　日頃）　病院名（　　）　病名（　　）

بیماری کا نام (　　)　ہسپتال کا نام (　　)　تاریخ (سال　مہینہ　یوم) تقریباً

5　女性の方のみ質問します。　　(صرف خواتین سے سوال ہے۔)

（１）妊娠している可能性はありますか？　□ない　جی نہیں

کیا ایسا ممکن ہے کہ آپ حمل سے ہیں؟　□ある　جی ہاں　(妊娠　か月)　(حاملہ　مہینے)

（２）最終月経日（　年　月　日頃）

آخری حیض کی تاریخ (سال　مہینہ　یوم　تقریباً)

6　以下の質問に答えてください。　　مندرجہ ذیل سوالات کے جواب دیجئے۔

（１）現在，服用している薬はありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

حال ہی میں، کیا آپ کوئی دوا استعمال کررہے/ کر رہی ہیں؟

（２）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ نے کبھی منشیات (ڈرگ) کا استعمال کیا ہے؟

（３）結核にかかったことがありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ کبھی تپ دق (TB) کا شکار ہوئے ہیں؟

（４）肝炎にかかったことがありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ کبھی ہیپاٹائٹس کا شکار ہوئے ہیں؟

（５）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ کو کبھی ڈاکٹر نے بتایا ہے کہ آپ کا بلڈ پریشر ہائی ہے؟

（６）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ کو کبھی ڈاکٹر نے بتایا ہے کہ آپ کو دمہ ہے؟

（７）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ کو کبھی ڈاکٹر نے بتایا ہے کہ آپ کو ذیابیطس (شوگر) ہے؟

（８）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ، ماضی میں کبھی دل کی بیماری (ہارٹ اٹیک، یا انجائینا) میں مبتلا رہے ہیں؟

（９）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ ماضی میں کبھی دماغ کی بیماری (دماغ کا انفیکشن، دماغ کا ہیمورہیجز) میں مبتلا رہے ہیں؟

(10) 入院や手術をしたことがありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ کبھی ہسپتال داخل رہے ہیں یا آپ کی سرجری ہوئی ہے؟

時期（　年　月　日頃）　病院名（　　）　病名（　　）

بیماری کا نام (　　)　ہسپتال کا نام (　　)　تاریخ (سال　مہینہ　یوم) تقریباً

(11) 薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا آپ کو کسی دوا یا غذا سے الرجی ہے؟

(12) 宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある　جی ہاں　□ない　جی نہیں

کیا ایسی کوئی غذائیں ہیں جو مذہبی بنیادوں پر آپ کو کھانے کی ممانعت ہے؟

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない　جی نہیں

کیا آپ کے خاندان میں کوئی ایسا شخص ہے جسے مندرجہ ذیل بیماریاں لاحق ہوں؟ اور وہ کون صاحب / صاحبہ ہیں؟

□高血圧　ہائی بلڈ پریشر
□心疾患　دل کے امراض
□脳疾患　دماغی امراض
□糖尿病　ذیا بیطس (شوگر)
(関係　　)
(مریض سے رشتہ　　)

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継薬：

健康状態に関する質問書　　(カンボジア語)

ទម្រង់សំណួរស្តីអំពីស្ថានភាពសុខភាព

年　月　日
ថ្ងៃទី　ខែ　ឆ្នាំ

国籍・地域　　男・女
សញ្ជាតិ/តំបន់　　ប្រុស　ស្រី
氏　名　　年齢　歳
នាមត្រកូល　　អាយុ　ឆ្នាំ

該当する□に✓印を入れてください。
សូមកូសសញ្ញា✓នៅក្នុងប្រអប់□ដែលត្រូវនឹងអ្នក។

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
តើអ្នកមានអាការៈមិនស្រួលនៅផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយរបស់អ្នកដែរឬទេ?
□ある　□ない → 質問4へ
មាន　មិនមាន→ រំលងទៅសំណួរទី 4

2　どのような症状ですか？〔上記1で「ある」に✓した人のみ〕
តើអ្ន　មានអាការៈដូចម្តេចខ្លះ?　(សម្រាប់អ្នកដែលបានកូសសញ្ញា✓នៅជម្រើយថា"មាន" តែប៉ុណ្ណោះ)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
ឈឺក្បាល　(ដូចត្រូវគេរឹត　ខ្នោកៗ　ដូចត្រូវគេវាយ)
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
ឈឺទ្រូង　(ដូចត្រូវគេរឹត　ខ្នោកៗ　ដូចត្រូវគេចាក់)
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
ពិបាកមកអ្ន　ដើម　បេះដូងហេតញាប់　ឈឺក　ឈឺខ្នង
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
ក្តៅខ្លួន　ក្អក　ឈឺបំពង់ក　មានស្លេស
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
គីងច្រមុះ　ចង់ក្អួត　ឈឺក្រពះ　ឈឺចង្កេះ
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
ទល់លាមក　រាគ　វិលមុខ　គេងមិនលក់
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
រមាស់លើស្បែក　ឡើងកន្ទួលលើស្បែក　ឈឺធ្មេញ　ស្ពឹក
□その他（　　）
ផ្សេងៗ（　　）

3　いつから症状がありますか？តើអ្នកមានអាការៈបែបនេះចាប់តាំងពីពេលណាមក?
（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
ប្រសិនបើអ្នកធ្លាប់បានទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងអំឡុងពេល3ខែនេះ
សូមអ្នកបញ្ជាក់ជ្រាប់អំពីឈ្មោះជម្ងឺរបស់អ្នកណា។
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
ពេលវេលា (ប្រហែលថ្ងៃទី　ខែ　ឆ្នាំ　)
ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ(　　)
ឈ្មោះជម្ងឺ（　　）

5　（女性の方のみ質問します。）（សំណួរសម្រាប់នារីតែប៉ុណ្ណោះ)

（1）妊娠している可能性はありますか？　□ないមិនអាចទេ
តើអ្នកអាចកំពុងមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?　□ある　អាច（妊娠　か月）
(មានផ្ទៃពោះ　ខែ)

（2）最終月経日（　年　月　日頃）
ថ្ងៃមករដូវចុងក្រោយ (ប្រហែលថ្ងៃទី　ខែ　ឆ្នាំ　)

6　以下の質問に答えてください。
សូមអ្នកឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ។

（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある　មាន　□ないមិនមាន
បច្ចុប្បន្ន តើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ថ្នាំអ្វីដែរឬទេ?

（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកធ្លាប់ប្រើប្រាស់ប្រភេទថ្នាំដែលមានសារធាតុញៀនឬសណ្តំដែរឬទេ?

（3）結核にかかったことがありますか？　□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកធ្លាប់មានជម្ងឺរបេងដែរឬទេ?

（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកធ្លាប់មានជម្ងឺលាក្តើមដែរឬទេ?

（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវ ជួបណ្តឹតប្រាប់ថា សម្ពាធឈាមរបស់អ្នកខ្ពស់ ដែរឬទេ?

（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវជួបណ្តឹតប្រាប់ថា អ្នកមានជម្ងឺហឺត ដែរឬទេ?

（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវជួបណ្តឹតប្រាប់ថា អ្នកមានជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម ដែរឬទេ?

（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកធ្លាប់មានជម្ងឺបេះដូង (ជម្ងឺស្ទះឬក្បៀតសរសៃឈាមបេះដូង។ល។) ដែរឬទេ?

（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកធ្លាប់មានជម្ងឺខួរក្បាល (ជម្ងឺស្ទះឬអាចសរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល។ល។) ដែរឬទេ?

（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកធ្លាប់គេងសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬធ្លាប់ទទួលការវះកាត់ ដែរឬទេ?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
ពេលវេលា (ប្រហែលថ្ងៃទី　ខែ　ឆ្នាំ　)
ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ(　　)
ឈ្មោះជម្ងឺ（　　）

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកមានកេតប្រតិកម្មនឹងថ្នាំ ឬចំណីអាហារណាមួយដែរឬទេ?

（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある　ធ្លាប់　□ないមិនធ្លាប់
តើមានចំណីអាហារណាដែលអ្នកមិនអាចបរិភោគបាន
ដោយសារមូលហេតុសាសនាដែរឬទេ?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？それは誰ですか？　□ないមិនធ្លាប់
តើអ្នកមានសមាជិកគ្រួសារដែលមានជម្ងឺណាមួយខាងក្រោមដែរឬទេ? តើជានរណាដែរ?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病
ជម្ងឺលើសឈាម　ជម្ងឺបេះដូង　ជម្ងឺខួរក្បាល　ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម
(関係　　)(ទំនាក់ទំនង　　)

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継薬：

健康状態に関する質問書　（シンハラ語）

සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ වන ප්‍රශ්නමාලා පත්‍රය

年　月　日
වර්ෂය　මාසය　දිනය

国籍・地域　　男 ・ 女
පුරවැසි රට හෝ කලාපය　　ස්ත්‍රී　පුරුෂ

氏　名　　年齢　歳
නම　　වයස

該当する□に✔印を入れてください。
අදාල □ කොටුව තුල ✔ ලාංඡනය යොදන්න.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
ශරීරයේ කිසියම් ස්ථානයක ක්‍රියාකාරිත්වයේ අපහසුවක් තිබෙද?
□ある　□ない → 質問4へ
ඇත　නැත → ප්‍රශ්නමාලා 4 වෙතට

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✔した人のみ）
කුමන ආතරයේ ස්වභාවයක්ද? (ඉහත සඳහන් 1 හි "ඇත" යනුවෙන් ✔ ලාංඡනය ලකුණු කල පුද්ගලයන් පමණි)
□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
හිස රිදීම (හිස තදින් සිරකරන අයුරින්　වරින් වර කම්පනය වන අයුරින්　පහර දෙන අයුරින්)
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
පපුව රිදීම (පපුව තදින් සිරකරන අයුරින්　වරින් වර කම්පනය වන අයුරින්　පහර දෙන අයුරින්)
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
අත්වාස ප්‍රශ්වාස කිරීම දුෂ්කරයි　හෘදය තදින් ගැස්ම　ගෙල රිදීම　පිට රිදීම
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
උණ තිබීම　කැස්ස කිවීම　උගුර රිදීම　සෙම පිටවීම
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
නාසය පිරවීම　වමනයට ඒම　උදරය රිදීම　කුහාටිය රිදීම
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
මල බද්ධය　පාචනය වීම　කරකැවිල්ල　නින්ද නොයෑම
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
සම කැසීම　සමෙහි පලු දැමීම　දත් රිදීම　ගිරිවැටීම ඇතිවීම
□その他（　　）
වෙනත් (　　)

3　いつから症状がありますか？ මෙම ස්වභාවය කවදා සිට ඇතිව ඒ තිබෙද?
（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
මාස 3 ක් ඇතුලත රෝහලට ගොස් තිබෙනම් රෝගයේ නම යනාදිය සඳහන් කරන්න.
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
කාලය (වසර　මාසය　දිනය　) රෝහලේ නම (　　) රෝග නාමය (　　)

5　（女性の方のみ質問します。）（කාන්තාවන්ගෙන් පමණක් ප්‍රශ්න කරනු ලබයි)
（1）妊娠している可能性はありますか？
දරු පිළිසිඳී ගැනීමක් වීමෙහි සාවද්‍ය තත්වයක් ඇතිවී තිබෙද?　□ない නැත
□ある ඇත　（妊娠　か月）
(දරු පිළිසිඳීම සිදු වී දැනට මාස　යි)
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
අවසන් වසර් වීම සිදු වූ මාසය (වසර　මාසය　දිනය　)

6　以下の質問に答えてください。පහත සඳහන් ප්‍රශ්න සඳහා පිළිතුරු සපයන්න.
（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある ඇත □ない නැත
වර්තමානයේ භාවිතා කරනු ලබන ඖෂධ වර්ග තිබෙද?
（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある ඇත □ない නැත
මත් ද්‍රව්‍ය වර්ග භාවිතා කිරීමක් සිදු කළ තිබෙද?
（3）結核にかかったことがありますか？　□ある ඇත □ない නැත
ක්ෂය රෝගයට ලක් වී තිබෙද?
（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある ඇත □ない නැත
යෙංගමාලය රෝගයට ලක් වී තිබෙද?
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある ඇත □ない නැත
වෛද්‍යවරු විසින් රුධිර පීඩනය අධිකයැයි පවසා තිබෙද?
（6）医師から心臓病と言われたことがありますか？　□ある ඇත □ない නැත
වෛද්‍යවරු විසින් හෘදය රෝගයට ලක් වී ඇතැයි පවසා තිබෙද?
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある ඇත □ない නැත
වෛද්‍යවරු විසින් දියවැඩියාවට ලක් වී ඇතැයි පවසා තිබෙද?
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　□ある ඇත □ない නැත
හෘද රෝගීත්වය (හෘද පේශීලතාව, හෘදාබාධ වැනි) රෝග ඉතිහාසයක් තිබෙද?
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある ඇත □ない නැත
මොලයේ රෝගීත්වය (මොලයෙහි කොටසක් අකර්මණ්‍ය වීම, මොලයට ලේ ගලායාම වැනි) රෝග ඉතිහාසයක් තිබෙද?
（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある ඇත □ない නැත
රෝහල් ගතවීම මෙන්ම ශල්‍ය කර්ම වලට භාජනය වී තිබෙද?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
කාලය (වසර　මාසය　දිනය　) රෝහලෙහි නම (　　) රෝග නාමය (　　)
（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある ඇත □ない නැත
ඖෂධ, ආහාර ද්‍රව්‍ය භාවිතයෙන් ආස්මිකතාවට ලක්වන්නේද?
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある ඇත □ない නැත
ආගමික අදහස් මත අනුභවයට නොසුදුසුයැයි කියනු ලබන ආහාර වර්ග තිබෙද?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない නැත
ඔබගේ පවුලෙහි පහත සඳහන් රෝගී ලක්ෂණයන්ගෙන් පෙලෙන පුද්ගලයන් සිටිද? ඒ කවුරුන්ද?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
අධි රුධිර පීඩනය　හෘද රෝගී　මොලයෙහි ආබාධිත　දියවැඩියාව　(ඥාති සබඳතාව　　)

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継薬：

健康状態に関する質問票　　（スペイン語）
Cuestionario sobre su estado de salud

年　月　日
Fecha:　/　/

国籍・地域
Nacionalidad/ Región

男・女
Hombre / Mujer

氏　名
Apellido y nombre:

年齢　歳
Edad:　años

該当する□に✓印を入れてください。
Marque con un tic (✓) la casilla (□) correspondiente.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
¿Tiene malestar en alguna parte de su cuerpo?
□ある　□ない　→　質問４へ
Sí　No　→　A la pregunta 4

2　どのような症状ですか？（上記１で「ある」に✓した人のみ）
¿Cuáles son sus síntomas? (sólo responda si marcó con un tic "Sí" (✓) la pregunta 1)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
Dolor de cabeza (Como si me la presionaran　Dolor palpitante　Como si me hubieran golpeado)

□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
Dolor de pecho　(Como si me lo presionaran　Dolor palpitante　Como si me perforaran)

□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
Dificultad al respirar　Palpitaciones　Dolor de cuello　Dolor de espalda

□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
Fiebre　Tos　Dolor de garganta　Flemas

□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
Bloqueo nasal　Náuseas　Dolor de estómago　Dolor en los lumbares

□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
Estreñimiento　Diarrea　Mareos　Insomnio

□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
Picor en la piel　Sarpullidos　Dolor en los dientes　Entumecimiento

□その他（　　）
Otros (　　)

3　いつから症状がありますか？¿Desde cuándo tiene estos síntomas?
(　　)

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
En el caso de haber ido a un hospital en los últimos 3 meses, indique por favor el nombre de la enfermedad.
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Fecha (　/　/　-aprox.) Hospital (　　) Enfermedad (　　)

5　（女性の方のみ質問します。）(Preguntas solo para mujeres)
（1）妊娠している可能性はありますか？　□ない No
¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada?　□ある Sí（妊娠　か月）
(　meses de embarazo)
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
Fecha del último periodo/ menstruación　Fecha (　/　/　-aprox.　)

6　以下の質問に答えてください。
Por favor, relacione las siguientes preguntas.

（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Está tomando alguna medicación actualmente?

（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Ha tomado alguna vez drogas?

（3）結核にかかったことがありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Ha tenido alguna vez tuberculosis?

（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Ha tenido alguna vez hepatitis?

（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Le ha dicho un doctor alguna vez que tiene la presión arterial alta?

（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Le ha dicho un doctor alguna vez que tiene asma?

（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Le ha dicho un doctor alguna vez que tiene diabetes?

（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Tiene un historial de enfermedades cardiacas (infarto de miocardio, angina de pecho, etc.)?

（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Tiene un historial de enfermedades cardiacas (infarto cerebral, hemorragia intracraneal, etc.)?

（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Le han hospitalizado u operado alguna vez?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Fecha (　/　/　-aprox.) Hospital (　　) Enfermedad (　　)

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Tiene alergia a medicinas o alimentos?

（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある Sí　□ない No
¿Hay algún alimento que no puede ingerir por su religión?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？
¿Tiene alguien de su familia alguna de los siguientes enfermedades? ¿Quién?　□ない No

□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病
Presión arterial alta　Enfermedad cardiaca　Enfermedad cerebrovascular　Diabetes
（関係　　）(Relación:　　)

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継票：

健康状態に関する質問書　　（スワヒリ語）

Maswali juu ya hali ya afya

年　月　日
Mwaka　mwezi　tarehe

国籍・地域　　男・女
Uraia/Eneo　　Mwanamme/Mwanamke

氏　名　　年齢　歳
Jina　lako　　Umri

該当する□に✔印を入れてください。
Weka alama ✔ katika □ inayostahili.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
Kuna hali mbaya kwenye mwili wako?
□ある Ndiyo　□ない Hapana　→　質問4へ　Fuata swali la 4

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✔した人のみ）
Dalili yako ikoje? (Kwa mtu aliyeweka alama ✔ Ndiyo katika swali la 1)
□頭が痛い Maumivu kichwani
（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
(kama kushikwa kwa nguvu　kama kudunda　kama kupigwa)
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
Maumivu kifuani (kama kushikwa　kama kudunda　kama kuchomwa)
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い
shida na kupumua　mapigo ya moyo　maumivu shingoni
□背中が痛い
maumivu mgongoni
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
homa　kohoa　maumivu koo ni　kohozi
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
kubanapua　kujisikia kutapika　maumivu tumboni　maumivu kiunoni
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
kufunga choo　kuharisha　kizunguzungu　kutoweza kulala
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
ngozi inawasha　upele　maumivu ya jino/meno　ganzi
□その他 dalili nyingine（　　）

3　いつから症状がありますか？ Tangu lini una dalili hizo?（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
Kama mnewahi kwenda hospitalini kwenye miezi 3, andika jina la ugonjwa.
時期（　年　月　日頃）　病院名（　　）
Lini (kama mwaka　mwezi　tarehe　) Jina la Hospitali (　　)
病名（　　）Jina la Ugonjwa (　　)

5　（女性の方のみ質問します。）(Maswahil kwa mwanamke)
（1）妊娠している可能性はありますか？　□ない Hapana
Kuna uwezekano wa una mimba?　□ある Ndiyo　（妊娠　か月）
(Mimba ina miezi　)
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
Tarehe ya mara ya mwisho ulikuwa na hedhi (mwaka　mwezi　tarehe　)

6　以下の質問に答えてください。 Jibu maswahili haya.
（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある Ndiyo　□ない Hapana
Kwa sasa hivikuma madawa unayotumia?
（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある Ndiyo　□ない Hapana
Umewahi kutumia madawa ya aina ya kulevya?
（3）結核にかかったことがありますか？　□ある Ndiyo　□ない Hapana
Umewahi kupata kifua kikuu (TB)?
（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある Ndiyo　□ない Hapana
Umewahi kupata uvimbe wa ini?
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？□ある Ndiyo　□ない Hapana
Umewahi kuambiwa na doctali kwamba shinikiko la damu ni juu?
（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある Ndiyo　□ない Hapana
Umewahi kuambiwa na doctali kwamba una pumu?
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある Ndiyo　□ない H pana
Umew hi kuambiwa na doctali kwamba una kisukari?
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？
Una historia ya matibabu ya maradhi ya moyo (kama msbtuko wa moyo, angina n.k.)?
□ある Ndiyo　□ない Hapana
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？
Una historia ya matibabu ya maradhi ya ubongo (mshutukio wa ubongo, kuvuja damu kwenye ubongo)?
□ある Ndiyo　□ない Hapana
(10) 入院や手術をしたことがありますか？　□ある Ndiyo　□ない Hapana
Umewahi kulazwa hospitalini au kufanywa upasuaji?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）
Lini (kama mwaka　mwezi　tarehe　) Jina la hospitali (　　)
病名（　　）Jina la ugonjwa (　　)
(11) 薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある Ndiyo　□ない Hapana
Una mzio wa dawa au vyakula?
(12)宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある Ndiyo　□ない Hapana
Kuna vyakula ambavyo huwezi kula kutokana na dini yako?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？それは誰ですか？ □ない Hapana
Kwenye familia yako kuna mtu ana dalili ya ugonjwa unaoandikwa chini? Mwenye ugonjwa ni nani?
□高血圧 shinikiko la damu ni juu　□心疾患 maradhi ya moyo
□脳疾患 maradhi ya ubongo　□糖尿病 kisukari　（関係 Nani katika familia yako　）

使用欄（先輩方で記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継事：

健康状態に関する質問書

แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ

(タイ語)

年　月　日
วันที่　เดือน　ปี

国籍・地域
สัญชาติ

男・女
ชาย・หญิง

氏　名
ชื่อ-นามสกุล

年齢　歳
อายุ　ปี

該当する□に✓印を入れてください。
โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ถ.ในช่อง□ตามความเป็นจริง

1 体のどこかに調子の悪いところがありますか？
มีส่วนไหนของร่างกายที่รู้สึกผิดปกติบ้างหรือไม่?
□ある　□ない → 質問4へ
มี　ไม่มี → ไปที่คำถามที่ 4

2 どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✓した人のみ）
มีอาการเป็นอย่างไร? (สำหรับผู้ที่ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ช่อง "มี" ในคำถามที่ 1 ข้างบนเท่านั้น)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
ปวดศีรษะ　(เหมือนถูกบีบ　ปวดตุ๊บๆ　เหมือนถูกทุบ)
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
ปวดหน้าอก　(เหมือนถูกบีบ　ปวดตุบๆ　เหมือนถูกแทง)
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
หายใจลำบาก　หัวใจเต้นเร็ว　ปวดคอ　ปวดหลัง
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
มีไข้　มีอาการไอ　เจ็บคอ　มีเสมหะ
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
คัดจมูก　อยากอาเจียน　ปวดท้อง　ปวดเอว
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
ท้องผูก　ท้องเสีย　เวียนหัว　นอนไม่หลับ
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
คันผิวหนัง　เป็นผื่น　ปวดฟัน　มีอาการชา
□その他（　　）
อื่น ๆ（　　）

3 いつから症状がありますか？
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่?（　　）

4 3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
กรณีที่ใน 3 เดือนที่ผ่านมาได้ไปโรงพยาบาล โปรดกรอกชื่อโรคหรืออาการนั้น
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
วันเวลา (ประมาณวันที่　เดือน　ปี)ชื่อโรงพยาบาล (　　)
ชื่อโรค（　　）

5 （女性の方のみ質問します。）（คำถามสำหรับผู้หญิงเท่านั้น）
（1）妊娠している可能性はありますか？　□ない　ไม่มี
มีโอกาสที่กำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่?　□ある　มี（妊娠　か月）
(ตั้งครรภ์　เดือน)
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
วันที่มีประจำเดือนครั้งล่าสุด (ประมาณวันที่　เดือน　ปี)

6 以下の質問に答えてください。
โปรดตอบคำถามต่อไปนี้
（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある มี　□ない ไม่มี
ปัจจุบันมีอยู่หรือไม่?
（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある เคย　□ない ไม่เคย
เคยใช้ยาจำพวกยาเสพติดบ้างหรือไม่?
（3）結核にかかったことがありますか？　□ある เคย　□ない ไม่เคย
เคยเป็นวัณโรคหรือไม่?
（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある เคย　□ない ไม่เคย
เคยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่?
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある เคย　□ない ไม่เคย
เคยถูกแพทย์แจ้งว่ามีความดันสูงหรือไม่?
（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある เคย　□ない ไม่เคย
เคยถูกแพทย์แจ้งว่าเป็นโรคหืดหรือไม่?
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある เคย　□ない ไม่เคย
เคยถูกแพทย์แจ้งว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่?
（8.）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）既往歴がありますか？　□ある มี　□ない ไม่มี
มีประวัติป่วยเป็นโรคหัวใจ
(เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการเจ็บหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด) หรือไม่?
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある มี　□ない ไม่มี
มีประวัติป่วยเป็นโรคทางสมอง (เช่น โรคหลอดเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน โรคเลือดออกในสมองแตก) หรือไม่?

（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある เคย　□ない ไม่เคย
เคยเข้าไปนอนในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการผ่าตัดหรือไม่?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
วันเวลา (ประมาณวันที่　เดือน　ปี)ชื่อโรงพยาบาล (　　)
ชื่อโรค（　　）

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある มี　□ない ไม่มี
มีอาการแพ้ยาหรืออาหารบ้างหรือไม่?
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある มี　□ない ไม่มี
มีอาหารที่ห้ามด้วยประการทางศาสนาหรือไม่?

7 あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？
มีใครในครอบครัวของคุณที่มีอาการดังต่อไปนี้บ้างหรือไม่? และคนนั้นคือใคร? □ない ไม่มี
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
ความดันสูง　โรคหัวใจ　โรคทางสมอง　โรคเบาหวาน　(ความสัมพันธ์:　　)

医用欄(集合時で記載)					
身長	cm	体温	①	度	
体重	kg		②	度.	
喫煙	有（1日　本）・無	血圧(脈拍)	①	／	(　)
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	(　)

引継事:

健康状態に関する質問書　　（タガログ語）

Palatanungan ukol sa Lagay ng Kalusugan

年　月　日

(taon)　(buwan)　(araw)

国籍・地域　　男・女

Nasyonalidad / Lugar　　Lalaki / Babae

氏　名　　年齢　歳

Pangalan　　Edad:　taong gulang

該当する□に✔印を入れてください。

Lagyan ng ✔ ang naaangkop na □.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?

May bahagi ba ng katawan na masama anglagay?

□ある　□ない → 質問4へ

Mayroon　Wala → Tumuloy saTanong 4

2　どのような症状ですか?（上記1で「ある」に✔した人のみ）

Ano ang sintomas na nararamdaman?

(Para lamang sa naglagay ng ✔sa "Mayroon" sa itaas naTanong 1.)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）

Masakit ang ulo　(Parang iniipit　Pumipintig　Parang binugbog)

□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）

Masakit ang dibdib (Parang iniipit　Pumipintig　Parang sinasaksak)

□呼吸が苦しい　□動悸がする

Nahihi apang huminga　Bumibilis at lumalakas ang pintig ng puso

□首が痛い　□背中が痛い

Masakit ang leeg　Masakit ang likod

□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る

May lagnat　May ubo　Masakit ang lalamunan　May plema

□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い

Barado ang ilong　Nasusuka　Masakit ang tiyan　Masakit ang balakang

□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない

Constipated　Nagtatae (may LBM)　Nahihilo　Hindi makatulog

□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い

Makati ang balat　May pamamantal (ashes)　Masakit ang ngipin

□しびれがある　□その他（　　）

May pamamanhid　Iba pa（　　）

3　いつから症状がありますか?Kailan nagsimula ang ang sintomas na ito?

（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。

Kung nagpatingin sa ospital sa loob ng nakalipas na 3 buwan, pakisulat ang pangalan ng sakit atbp.

時期(　年　月　日頃) 病院名（　　）病名（　　）

Panahon(Mga (taon)　(buwan)　(araw)　) Pangalan ng ospital(　　)

Pangalan ng sakit(　　)

5　（女性の方のみ質問します。）(Katanungan para lamang sa mga babae)

（1）妊娠している可能性はありますか?　□ない Wala

May posibilidad ba na buntis?　□ある Mayroon（妊娠　か月）

(Buntis ng　buwan)

（2）最終月経日（　年　月　日頃）

Huling araw ng regla　(Mga (taon)　(buwan)　(araw)　)

6　以下の質問に答えてください。

Pakisagot ang mga sumusunod na katanungan.

（1）現在，服用している薬はありますか?　□ある Mayroon　□ない Wala

May iniinom ka ba o ginagamit na gamot sa kasalukuyan?

（2）麻薬類を使用したことがありますか?　□ある　Oo　□ない Hindi

Gumamit ka na ba ng narcotic drug o iba pang katuladnito?

（3）結核にかかったことがありますか?　□ある　Oo　□ない Hindi

Nagkaroon ka na ba ng tuberkulosis?

（4）肝炎にかかったことがありますか?　□ある　Oo　□ない Hindi

Nagkaroon ka na ba ng hepatitis?

（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか?□ある　Oo　□ない Hindi

Sinabihan ka na ba ng dok r na mataas ang presyon ng dugo mo?

（6）医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある　Oo　□ない Hindi

Sinabiban ka na ba ng doktor na may hika ka?

（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある　Oo　□ない Hindi

Sinabihan ka na ba ng doktor na may diabetes ka?

（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか?

May kasaysayan ka ba ng pagkakaroon ng sakit sa puso (beart attack / ca diac infarction, angina, atbp.)?　□ある　Mayroon　□ない Wala

（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか?

May kasaysayan ka ba ng pagkakaroon ng sakit sa utak (stroke / celeb al infarction, pagdurugo sa utak, atbp.)?　□ある　Mayroon　□ない Wala

（10）入院や手術をしたことがありますか?　□ある　Oo　□ない Hindi

Na-admit ka na ba sa ospital o nagpa-opera?

時期(　年　月　日頃) 病院名（　　）病名（　　）

Panahon (Mga (taon)　(buwan)　(araw)　)

Pangalan ng ospital(　　) Pangalan ng sakit (　　)

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある　Mayroon　□ない Wala

May allergy ka ba sa gamot o pagkain?

（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?　□ある　Mayroon　□ない Wala

May pagkain ba na hindi mo maaaring kainin dahil sa iyong relihiyon?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ない Wala

May kapamilya ka ba na may alinmang sintomas sa ibaba? Sino iyon?

□高血圧　□心疾患　□脳疾患

Mataas ang presyon ng dugo　Sakit sa puso　Sakit sa utak

□糖尿病　(関係　　)

Diabetes　(Relasyon:　　)

官用欄(未書きで記載)					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧(脈拍)	①	／	(　)
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	(　)

引継事:

健康状態に関する質問書 (タミル語)

உடல்நிலை குறித்த கேள்விப்பட்டியல்

年 月 日
தேதி

国籍・地域
நாட்டுரிமைமண்டலம்

男 ・ 女
பாலினம்: ஆண்/பெண்

氏 名
குடும்பப் பெயர்: பெயர்

年齢 歳
வயது:

該当する□に✓印 入れてください。
உங்கள் பதில்களை ஒரு தேர்வுக் குறி (✓) மூலம் குறியிடவும்.

1 体のどこかに調子の悪いところがありますか?
உங்களுக்கு தற்போது ஏதேனும் நோய் அல்லது தொந்தரவு உள்ளதா?
□ある ஆம் □ない இல்லை → 質問4へ கேள்வி 4க்குச் செல்லவும்

2 どのような症状ですか? (上記1で「ある」に✓した人のみ)
உங்களுக்கு என்ன அறிகுறிகள் உள்ளன? (மேலே உள்ள கேள்விக்கு "ஆம்" (✓) என்று பதிலளித்திருந்தால் மட்டும் இந்தக் கேள்விக்கு பதிலளிக்கவும்.)

□頭が痛い (□しめつけられるような □ズキズキした □殴られたような)
தலைவலி (இறுக்கமான வலி தெறிக்கும் வலி நடுங்கும் வலி)

□胸が痛い (□しめつけられるような □ズキズキした □刺すような)
நெஞ்சு வலிக்கிறது (அழுத்தும் வலி சுரீர் வலி குத்தும் வலி)

□呼吸が苦しい □動悸がする □首が痛い □背中が痛い
மூச்சு விடுவதில் சிரமம் நெஞ்சு படபடப்பு கழுத்து வலி கீழ் முதுகில் வலி

□熱がある □咳が出る □喉が痛い □痰が出る
காய்ச்சல் இருமல் தொண்டை வலி சளி

□詰まり □吐気がする □胃が痛い □腰が痛い
மூக்கடைப்பு குமட்டல் வயிற்று வலி முதுகு வலி

□便秘 □下痢 □めまいがする □眠れない
மலச் சிக்கல் வயிற்றுப்போக்கு மலச் சிக்கல் தூக்கமின்மை

□皮膚がかゆい □発疹がある □歯が痛い □しびれがある
தோல் அரிப்பு தோல் வெடிப்பு பல்வலி மரத்துப் போதல்

□その他症状 அறிகுறிகள்: ( )

3 いつから症状がありますか? இந்த அறிகுறி எத்தனை நாட்களாக உள்ளது?
( )

4 3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
கடந்த மூன்று மாதங்களில் நீங்கள் மருத்துவமனையில் சிகிச்சை பெற்றிருந்தால், அப்போது கண்டறியப்பட்ட நோய், நிலை போன்றவற்றின் பெயரைக் குறிப்பிடவும்.
時期 (年 月 日頃) 病院名 ( ) 病名 ( )
தேதி (வருடம் மாதம் நாள்) மருத்துவமனையின் பெயர் ( )
நோயின் பெயர் ( )

5 (女性の方の質問します。)
(பின்வரும் கேள்விகள் பெண் நோயாளிகளுக்கு மட்டும்.)

(1) 妊娠している可能性はありますか?
நீங்கள் கர்ப்பமாக இருப்பதற்கு வாய்ப்புள்ளதா? □ない இல்லை
□ある (妊娠 か月)
ஆம். நான்_____ மாதங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறேன்.

(2) 最終月経日 (年 月 日頃)
கடைசியாக மாதவிலக்கான தேதி (வருடம் மாதம் நாள்)

6 以下の質問に答えてください。
பின்வரும் கேள்விகளுக்குப் பதிலளிக்கவும்:

(1) 現在, 服用している薬はありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
தற்போது ஏதேனும் மருந்து எடுத்துக் கொள்கிறீர்களா?

(2) 麻薬類を使用したことがありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
எப்போதேனும் போதை மருந்துகளைப் பயன்படுத்தி இருக்கிறீர்களா?

(3) 結核にかかったことがありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
உங்களுக்கு எப்போதேனும் காசநோய்த் தொற்று இருந்துள்ளதா?

(4) 肝炎にかかったことがありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
உங்களுக்கு எப்போதேனும் ஹெபடைடிஸ் தொற்று இருந்துள்ளதா?

(5) 医師から血圧が高いと言われたことがありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
உங்களுக்கு இரத்த அழுத்தம் அதிகமாக இருப்பதாக எப்போதேனும் மருத்துவர் கூறியுள்ளாரா?

(6) 医師から喘息と言われたことがありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
உங்களுக்கு ஆஸ்துமா இருப்பதாக எப்போதேனும் மருத்துவர் கூறியுள்ளாரா?

(7) 医師から糖尿病と言われたことがありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய் இருப்பதாக எப்போதேனும் மருத்துவர் கூறியுள்ளாரா?

(8) 心疾患 (心筋梗塞, 狭心症等) の既往歴がありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
எப்போதாவது உங்களுக்கு இதய நோய் (மாரடைப்பு, ஆஞ்சைனா போன்றவை) இருந்ததா?

(9) 脳疾患 (脳梗塞, 脳出血等) の既往歴がありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
எப்போதாவது உங்களுக்கு பக்கவாதம் (மூளை அழற்சி, மூளையில் இரத்தக்கசிவு போன்றவை) இருந்ததா?

(10) 入院や手術をしたことがありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
எப்போதேனும் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா அல்லது அறுவைச்சிகிச்சை செய்து கொண்டுள்ளீர்களா?
時期 (年 月 日頃) 病院名 ( ) 病名 ( )
தேதி (வருடம் மாதம் நாள்) மருத்துவமனையின் பெயர் ( )
நோயின் பெயர் ( )

(11) 薬・食べ物のアレルギーはありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
உங்களுக்கு ஏதேனும் மருந்து அல்லது உணவு ஒவ்வாமை உள்ளதா?

(12) 宗教上食べてはいけない食べ物はありますか? □ある ஆம் □ない இல்லை
மதக் காரணங்களுக்காக நீங்கள் உண்ண முடியாத ஏதேனும் உணவுகள் உள்ளனவா?

7 あなたの家族で以下の症状がある方はいますか? それは誰ですか? □ない இல்லை
உங்கள் குடும்பத்தினரில் யாருக்கேனும் பின்வரும் ஏதேனும் மருத்துவ நிலைகள் உள்ளனவா? எந்தக் குடும்ப உறுப்பினருக்கு?
□高血圧 □心疾患 □脳疾患 □糖尿病 (関係)
உயர் இரத்த அழுத்தம் இதய நோய் பக்கவாதம் நீரிழிவு(உறவு)

官用欄(朱書きで記載)			
身長	cm	体温	① 度
体重	kg		② 度
喫煙	有 (1日 本) ・無	血圧 (収縮)	① / ( )
飲酒	有 (1日 程度) ・無		② / ( )

引継事:

健康状態に関する質問書　（ドイツ語）
Frageboten zum Gesundheitszustand

年　月　日
Datum　(Jahr/Monat/Tag)

国籍・地域　男・女
Staatsangehörigkeit oder Region　Männlich　Weiblich

氏　名　年齢　歳
Familienname/Vorname　Alter:　Jahre

該当する□に✔印を入れてください。
Zutreffendes bitte mit einem Haken ✔markieren

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?
Haben Sie irgendwo körperliche Beschwerden?
□ある　□ない　→　質問4へ
Ja　Nein → Weiter zu Frage 4.

2　どのような症状ですか?（上記1で「ある」に✔した人のみ）
Welche Symptome haben Sie? (Nur für Personen, die zu Frage 1 bei „Ja" einen Haken ✔ gemacht haben)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
Kopfschmerzen (drückender Schmerz　pochender Schmerz　Schmerz wie nach einem Schlag)

□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
Schmerzen im Brustbereich (drückender Schmerz　pochender Schmerz　stechender Schmerz)

□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
Atembeschwerden　Herzklopfen　Nackenschmerzen　Schmerzen im Rückenbereich

□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
Fieber　Husten　Halsschmerzen　Verschleimung

□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
Verstopfte Nase　Brechreiz　Magenschmerzen　Kreuzschmerzen

□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
Verstopfung　Durchfall　Schwindelgefühl　Schlaflosigkeit

□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
Juckreiz　Hautausschlag　Zahnschmerzen　Taubheitsgefühl

□その他（　　）Sonstiges (　　)

3　いつから症状がありますか? Seit wann haben Sie diese Symptome?
(　　)

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
Wenn Sie in den letzten 3 Monaten beim Arzt waren, dann machen Sie bitte hier Angaben zu der Erkrankung etc.
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Wann (Jahr　/Monat　/Tag　etwa　)
Name der Praxis/des Krankenhauses (　　)
Name der Erkrankung (　　)

5　（女性の方のみ質問します。）
Frage nur an Frauen:

（1）妊娠している可能性はありますか?
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?　□ない　Nein
□ある　Ja（妊娠　か月）
(im ..... Monat)

（2）最終月経日（　年　月　日頃）
Ihre letzte Menstruation war (etwa　Jahr/Monat/Tag)

6　以下の質問に答えてください。
Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

（1）現在，服用している薬はありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

（2）麻薬類を使用したことがありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Haben Sie jemals Drogen genommen?

（3）結核にかかったことがありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Sind Sie schon einmal an Tuberkulose erkrankt?

（4）肝炎にかかったことがありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Sind Sie schon einmal an Hepatitis erkrankt?

（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Hat Ihnen ein Arzt einmal gesagt, dass Sie einen hohen Blutdruck haben?

（6）医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Hat Ihnen ein Arzt einmal gesagt, dass Sie Astluna haben?

（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Hat Ihnen ein Arzt einmal gesagt, dass Sie Diabetes haben?

（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか?□ある　Ja　□ない　Nein
Haben Sie eine Vorgeschichte von Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Anginapectoris etc.)?

（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Haben Sie eine Vorgeschichte von Gehirnerkrankungen (Schlaganfall, Gehirnblutung etc.)?

（10）入院や手術をしたことがありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Waren Sie schon einmal stationär im Krankenhaus oder sind Sie schon einmal operiert worden?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Wann (etwa Jahr/Monat/Tag　)
Name des Krankenhauses (　)
Name der Erkrankung (　)

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Sind Sie allergisch auf Medikamente oder Lebensmittel?

（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?　□ある　Ja　□ない　Nein
Gibt es Lebensmittel, die Sie aus religiösen Gründen nicht essen dürfen?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ない　Nein
Gibt es in Ihrer Familie Personen mit folgenden Erkrankungen? Und wer?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病
Bluthochdruck　Herzerkrankung　Gehirnerkrankung　Diabetes
（関係　　）(Verwandtschaftsbeziehung:　　)

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①	度	
体重	kg		②	度	
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継事:

健康状態に関する質問書　（トルコ語）
Sağlık Durumuna İlişkin Soru Formu

年　月　日
Tarih: ../../....

国籍・地域
Uyruk-Bölge

男・女
Erkek/ Kadın

氏　名
Adı-Soyadı

年齢　歳
Yaş: .....

該当する□に✓印を入れてください。
İlgili □ kısmına ✓ işareti koyunuz.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
Vücudunuzla ilgili bir sağlık probleminiz var mı?

□ある　□ない　→　質問4へ
Var　Yok　→　Soru 4'e

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✓した人のみ）
Hastalık belirtileriniz nelerdir? (Sadece Soru 1'de var diyenler için)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
Baş Ağrısı (Sıkışma　Zonklama　Başa Vurulurcasına)

□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
Göğüs Ağrısı (Sıkışma　Zonklama　Batarcasına)

□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
Nefes Alma Zorluğu　Çarpıntı　Boyun Ağrısı　Sırt Ağrısı

□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
Yüksek Ateş　Öksürük　Boğaz Ağrısı　Balgam

□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
Burun Tıkanıklığı　Bulantı　Karın Ağrısı　Bel Ağrısı

□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
Kabızlık　İshal　Baş Dönmesi　Uyuyamama

□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
Cilt Kaşıntısı　Döküntü　Diş Ağrısı　Uyuşukluk

□その他（　　）
Diğer(　　)

3　いつから症状がありますか？
Belirtiler nezamandan beri var?
(　　)

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
Geçmişiiçay içinde hastaneye gittiyseniz doldurunuz.
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Dönem(Tarih:　　) Hastane Adı: (　　) Hastalık Adı: (　　)

5　（女性の方のみ質問します。）(Sadece kadınlar için)

（1）妊娠している可能性はありますか？
Hamile olma ihtimaliniz var mı?　□ある（妊娠　か月）
Var (Gebelik ..... Aylık)
□ないYok

（2）最終月経日（　年　月　日頃）
En Son Regl Günü (Tarih:　　)

6　以下の質問に答えてください。
Aşağıdaki soruları cevaplayınız.

（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある Var　□ないYok
Halihazırda kullandığınız ilaç var mı?

（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Hiç uyuşturucu madde türevleri kullandınız mı?

（3）結核にかかったことがありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Hiç tüberküloz oldunuz mu?

（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Hiç sarılık oldunuz mu?

（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Doktor tarafından hiç tansiyonunuzun yüksek olduğu söylendi mi?

（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Doktor tarafından hiç astım olduğunuz söylendi mi?

（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Doktor tarafından hiç diyabet olduğunuz söylendi mi?

（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Kalp hastalığı (kalp krizi, göğüs anjini) geçmişiniz var mı?

（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Beyin rahatsızlığı (beyin enfarktüsü, beyin kanaması) geçmişiniz var mı?

（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Hiç hastaneye yatışınız veya ameliyat olmuşluğunuz var mı?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Dönem (Tarih:　　) Hastane Adı: (　　) Hastalık Adı: (　　)

（11）薬・食べ　のアレルギーはありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
İlaç veya yiyecek alerjiniz var mı?

（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある Evet　□ない Hayır
Dinsel açıdan yemediğiniz bir şey var mı?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない Hayır
Ailenizde aşağıdaki hastalıkları olan var mı? Varsa kim?

□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
Yüksek Tansiyon　Kalp Hastalığı　Beyin Hastalığı　Diyabet (Yakınlık Derecesi:　　)

官用欄(朱書きで記載)				
身長	cm	体温	①	度
体重	kg		②	度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①　／　（　）	
飲酒	有（1日　程度）・無		②　／　（　）	

引継薬：

健康状態に関する質問書　　（ネパール語）
स्वास्थ्य अवस्थासँग सम्बन्धित प्रश्नावली

年　月　日
साल महिना तारिख

国籍・地域　　男・女
राष्ट्रियता प्रदेश　　पुरुष महिला
氏　名　　年齢　歳
नाम थर　　उमेर वर्ष

該当する□に✔印を入れてください。
उत्तर मिल्ने कोठा(□)मा ✔ चिन्ह लगाउनुहोला।

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
शरिरको कुनै भागमा खराबी छ？
□ある छ　□ない छैन → 質問4へ　प्रश्न ४ तर्फ जानुहोला।

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✔した人のみ）
कस्तो लक्षण छ？ (माथीको प्रश्नमा छ मा ✔ चिन्ह लगाएकाहरूले मात्र जवाफ दिने)

□頭が痛い（□しめつけられるような □ズキズキした □殴られたような）
टाउको दुख्छ (थिचेको जस्तो घोचेको जस्तो हिर्काएको जस्तो)
□胸が痛い（□しめつけられるような □ズキズキした □刺すような）
छाती दुख्छ (थिचेको जस्तो घोचेको जस्तो घोचेको जस्तो)
□呼吸が苦しい □動悸がする □首が痛い □背中が痛い
सास फेर्न गाह्रो मुटुको चाल छिटो हुने गर्दन दुख्छ ढाड दुख्छ
□熱がある □咳が出る □喉が痛い □痰が出る
ज्वरो आएको छ खोकी लाग्छ घाँटी दुख्छ खकार आऊँछ।
□鼻づまり □吐気がする □胃が痛い □腰が痛い
नाक बन्द हुन्छ वाक वाक लाग्छ पेट दुख्छ कम्मर दुख्छ
□便秘 □下痢 □めまいがする □眠れない
कब्जियत हुन्छ पखाला लागेको छ रिंगटा लाग्छ निन्द्रा लाग्दैन
□皮膚がかゆい □発疹がある □歯が痛い □しびれがある
छाला चिताउँछ खटिरा आएको छ दाँत दुख्छ झमझम गर्छ
□その他（　　）
यस बाहेकका अन्य（　　）

3　いつから症状がありますか？यी लक्षणहरू कहिले देखी हो？
（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
विगत ३ महिना भित्र अस्पताल गएको छ भने रोगको नाम उल्लेख गर्नुहोला।
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
अवधी（ साल महिना तारिख）अस्पतालको नाम（　　）रोगको नाम（　　）

5　（女性の方のみ質問します。）（महिलाहरूलाई प्रश्न गरिन्छ।）
（1）妊娠している可能性はありますか？　□ない छैन
गर्भवती हुनुभएको सम्भावना छ？　□ある छ（妊娠　か月）
（　～महिनाको गर्भ）
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
अन्तिम रजस्वला मिति（ साल महिना तारिख तिर）

6　以下の質問に答えてください。
तलका प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोला।
（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある छ　□ない छैन
हाल कुनै औषधी प्रयोग गरिरहनुभएको छ？
（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある छ　□ない छैन
लागू औषधी प्रयोग गर्नुभएको छ？
（3）結核にかかったことがありますか？　□ある छ　□ない छैन
क्षयरोग लागेको छ？
（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある छ　□ない छैन
निमोनिया लागेको छ？
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある छ　□ない छैन
चिकित्सकले उच्च रक्तचाप छ भनि भनेको छ？
（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある छ　□ない छैन
चिकित्सकद्वारा दम छ भनि भनेको छ？
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある छ　□ない छैन
चिकित्सकद्वारा मधुमेह छ भनि भनेको छ？
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　□ある छ　□ない छैन
विगतमा मुटुको रोग (मायोकार्डियल इनफ्याक्सन,आन्जाइना पिक्टोरिस आदि) लागेको छ？
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある छ　□ない छैन
विगतमा गिदीको रोग(मस्तिष्कघात, मस्तिष्क रक्तस्राव आदि) लागेको छ？
（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある छ　□ない छैन
अस्पतालमा भरना हुनुभएको अनि शल्यक्रिया गर्नुभएको छ？
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
अवधी（ साल महिना तारिख तिर）अस्पतालको नाम（　　）रोगको नाम（　　）
（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある छ　□ない छैन
कुनै औषधी तथा खानेकुराको एलर्जी छ？
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある छ　□ない छैन
धर्म अनुसार खान नहुने कुनै खानेकुरा छ？

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない छैन
तपाईको परिवारमा तल लेखिएका लक्षण भएका सदस्य छन्？ती सदस्य को हुन？
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
उच्च रक्तचाप　मुटुको रोग　गिदीको रोग　मधुमेह　（नाता　　）

官用欄（未書きで記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継薬：

健康状態に関する質問書　　（ヒンディー語）
स्वास्थ्य मूल्यांकन स्वास्थ्य प्रश्नावली प्रश्नावली

年　月　日
वर्ष/महीना/दिन

国籍・地域　　男・女
राष्ट्रीयता/प्रदेश　　पुरुष/स्त्री
氏　名　　年齢　歳
नाम　　उम्र　वर्ष

該当する□に✔印を入れてください。
कृपया उपयुक्त खाने □ में सही ✔ लगाएं।

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
क्या आपके शरीर में कोई परेशानी है?
□ある　□ない　→　質問4へ
हाँ　नहीं　→ प्रश्न 4 पर जाएं

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✔した人のみ）
क्या लक्षण है? (केवल उनके लिए जिन्होंने ऊपर 1 में "हाँ" पर सही ✔ लगाया है)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
सिरदर्द　(ऐंठन　धमक　प्रहार लगने जैसा)
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
छाती दर्द　(ऐंठन　धमक　टीस उठना)
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
सांस लेने में परेशानी　घबराहट　गर्दन में दर्द　पीठ में दर्द
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
बुखार　खांसी　गले में दर्द　बलगम निकलना
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
नाक बंद होना　उल्टी जैसा लगना　पेट दर्द　कमर दर्द
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
कब्ज　दस्त　चक्कर आना　अनिद्रा
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
त्वचा में खुजली　खाज होना　दांत दर्द　सुन्न लगना
□その他（　　）
अन्य (　　)

3　いつから症状がありますか？アレルギーの症状はいつからですか？
(　　)

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
अगर आप पिछले 3 महीनों में कभी अस्पताल गए हैं तो कृपया अस्पताल का नाम इत्यादि लिखें।
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
अवधि (लगभग वर्ष/महीना/दिन) अस्पताल का नाम (　　) बीमारी का नाम (　　)

5　（女性の方のみ質問します。）（केवल महिलाओं के लिए ।）
（1）妊娠している可能性はありますか？　□ないनहीं
क्या आपके गर्भवती होने की कोई संभावना है?　□ある हाँ（妊娠　か月）
(　महीने गर्भवती)
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
अंतिम मासिक धर्म की तिथि (लगभग　साल/महीना/दिन)

6　以下の質問に答えてください。
कृपया निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें।
（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या वर्तमान में आप कोई औषधि ले रहे हैं?
（2）麻薬類を使　したことがありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या आपने कभी नशीली दवाएँ ली हैं?
（3）結核にかかったことがありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या आपको क　तपेदिक हुआ है?
（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या आपको कभी हेपेटाइटिस हुआ है?
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
कभी डाक्टर ने आपको कहा है कि आपको उच्च रक्तचाप है?
（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या कभी डाक्टर ने कहा है कि आपको उच्च रक्तचाप है?
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या कभी डाक्टर ने आपको कहा है कि आपको मधुमेह है?
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या आपको कभी दिल की कोई बीमारी रही है (म्योकार्डिअल इंफार्क्शन, एनजाइना पेक्टोरिस, आदि)?
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या आपको　कोई दिमागी बीमारी रही है (सेरिब्रल इंफार्क्शन सेरिब्रल हेमरेज, आदि)?
（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या आप कभी अस्पताल में भर्ती हुए हैं या ऑपरेशन हुआ है?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
अवधि (लगभग वर्ष/महीना/दिन) अस्पताल का नाम (　　) बीमारी का नाम (　　)
（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या आपको किसी औषधि/भोजन से एलर्जी है?
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある हाँ　□ない नहीं
क्या ऐसा कोई भोजन है जो आपको धार्मिक कारणों से खाना मना है?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない नहीं
क्या आपके परिव　में किसी को निम्नलिखित में से कोई लक्षण हैं? वह कौन है?
□ 血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　(関係　)
उच्च रक्तचाप　दिल की बीमारी　दिमाग की बीमारी　मधुमेह　(संबंध　)

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継事：

健康状態に関する質問書　　（フランス語）
Questionnaire sur votre état de santé

年　月　日
Date:　/　/

国籍・地域　　男・女
Nationalité / Région　　Homme / Femme
氏　名　　年齢　歳
Nom et prénom　　Age:　ans

該当する□に✔印を入れてください。
Veuillez cocher la case correspondante avec le symbole suivant : ✔

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?
Vous sentez vous mal quelque part?
□ある　oui　□ない　non　→　質問4へ　passez à la question 4

2　どのような症状ですか？（上記１で「ある」に✔した人のみ）
De quel genre de symptôme s'agit-il? (Pour les personnes ayant coché « oui » à 1 ci-dessus)
□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
Maux de tête（comme si elle était comprimée　douleur l ncinan e　comme ayant reçu un coup）
□胸が痛い
Douleur à la poitrine
（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
（comme si elle était comprimée　douleur lancinante　douleur aigue）

□呼吸が苦しい Difficultés à respirer	□動悸がする Palpitations	□首が痛い Douleur cervicale	□背中が痛い Douleur au dos
□熱がある Fièvre	□咳が出る Toux	□喉が痛い Maux de gorge	□痰が出る sécrétions
□鼻づまり Congestion nasal	□吐気がする Nausées	□胃が痛い Maux de ventre	□腰が痛い Douleurs rénales
□便秘 Constipation	□下痢 Diarrhée	□めまいがする Vertiges	□眠れない Insomnies
□皮膚がかゆい Exéma	□発疹がある éruption cutanée	□歯が痛い Maux de dent	□しびれがある Engourdissements

□その他 Autres（　　）

3　いつから症状がありますか？Depuis quand avez-vous ces symptômes?
（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
Si vous êtes déjà allé à l'hôpital il y a moins de 3 mois, veuillez écrire le nom de la maladie, etc.
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Période (Date approximati　:　/　/　) Nom de l'hôpital　（　　）
Nom de la maladie（　　）

5　（女性の方のみ質問します。）5　(Questions destinées aux personnes de sexe féminin)
（1）妊娠している可能性はありますか?　□ない non
Est-il possible que vous soyez enceinte ?　□ある oui　（妊娠　か月）
（　mois de grossesse）
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
Dernière règles (Date approximative:　/　/　)

6　以下の質問に答えてください。
Répondez aux questions ci-dessous
（1）現在，服用している薬はありますか?　□ある　oui　□ない non
Prenez-vous actuellement des médicaments ?
（2）麻薬類を使用したことがありますか?　□ある　oui　□ない non
Avez-vous déjà fumé du cannabis ?
（3）結核にかかったことがありますか?　□ある　oui　□ない non
Avez-vous déjà eu la tuberculose ?
（4）肝炎にかかったことがありますか?　□ある　oui　□ない non
Avez-vous déjà contracté une hépatite ?
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか?　□ある　oui　□ない non
Votre médecin vous a-t-il déjà déclaré une tension élevée ?
（6）医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある　oui　□ない non
Votre médecin vous a-t-il déjà déclaré de l'asthme ?
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある　oui　□ない non
Votre médecin vous a-t-il déjà déclaré du diabète?
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか?　□ある　oui　□ない non
Avez-vous des antécédants de maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, angine de poitrine, ou autre) ?
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか?　□ある　oui　□ない non
Avez-vous des antécédants de maladies vasculo-cérébrales (Infarctus cérébral, hémorragie cérébrale, ou autres) ?
（10）入院や手術をしたことがありますか?　□ある　oui　□ない non
Avez-vous déjà séjourné à l'hôpital ou été opéré?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Période (Date approximative:　/　/　) Nom de l'hôpital　（　　）
Nom de la maladie（　　）
（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある　oui　□ない non
Avez-vous des allergies alimentaires ou médicamenteuses ?
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?　□ある　oui　□ない non
Y-a-t-il des aliments que vous ne pouvez pas manger à cause d'une religion ?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ない non
Y-a-t-il une (des) personne(s) dans votre famille présentant les symptômes ci-dessous? Si oui, de qui s'agit-il ?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
Hypertension　Maladie cardiaque　Maladie cérébrale　Diabètes (Personne(s) concernée(s) :　)

官用欄（朱書きで記載）				
身長	cm	体温	①	度
体重	kg		②	度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①　／　（　）	
飲酒	有（1日　程度）・無		②　／　（　）	
引継事：				

健康状態に関する質問書　　(ベトナム語)
Phiếu câu hỏi liên quan đến tình trạng sức khỏe

年　月　日
Năm　tháng　ngày

国籍・地域
Quốc tịch – Khu vực

男・女
Nam – Nữ

氏　名
Họ tên

年齢　歳
Tuổi　tuổi

該当する□に✔印を入れてください。
Vui lòng đánh dấu ✔ vào ô vuông □ thích hợp.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?
Bạn có chỗ nào không khỏe trong người không?
□ある　□ない　→　質問4へ
Có　Không → Câu hỏi 4

2　どのような症状ですか?（上記1で「ある」に✔した人のみ）
Triệu chứng như thế nào? (Chỉ dành cho người đã đánh dấu ✔ vào "Có" ở câu hỏi 1 bên trên)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
Đau đầu　(Như bị ép chặt　Đau nhói　Như búa bổ)
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
Đau ngực　(Như bị ép chặt　Đau nhói　Như bị đâm)
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
Khó thở　Tim đập nhanh　Đau cổ　Đau lưng
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
Bị sốt　Bị ho　Đau họng　Có đờm
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
Nghẹt mũi　Buồn nôn　Đau dạ dày　Đau thắt lưng
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
Bị bón　Tiêu chảy　Chóng mặt　Không ngủ được
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
Ngứa da　Phát ban　Nhức răng　Bị tê
□その他（　　）
Khác (　　)

3　いつから症状がありますか? Triệu chứng có từ lúc nào?
(　　)

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
Nếu có　i bệnh viện trong vòng 3 tháng nay, vui lòng viết tên bệnh v.v.
時期(　年　月　日頃) 病院名(　　) 病名(　　)
Thời gian (khoảng năm　tháng　ngày　) Tên bệnh　iện (　　) Tên bệnh (　　)

5　(女性の方のみ質問します。) (Câu hỏi chỉ dành cho phái nữ.)
(1) 妊娠している可能性はありますか?　□ない Không
Có khả năng bạn đang có thai　ông?　□ある Có　(妊娠　か月)
(Có thai　tháng)

(2) 最終月経日(　年　月　日頃)
Ngày có kinh nguyệt cuối cùng (khoảng năm　tháng　ngày　)

6　以下の質問に答えてください。
Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây.

(1) 現在，服用している薬はありますか?　□ある Có　□ない Không
Hiện tại, bạn có đang uống thuốc　ông?
(2) 麻薬類を使用したことがありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có từng sử dụng các loại ma túy không?
(3) 結核にかかったことがありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có từng mắc bệnh ho lao không?
(4) 肝炎にかかったことがありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có từng mắc bệnh viêm phổi kh ông?
(5) 医師から血圧が高いと言われたことがありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có từng bị bác sỹ nói là bị huyết áp cao không?
(6) 医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có từng bị bác sỹ nói là bị hen suyễn không?
(7) 医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có từng bị bác sỹ nói là bị bệnh tiểu　uờng không?
(8) 心疾患(心筋梗塞, 狭心症等)の既往歴がありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có tiền sử bệnh tim (nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực v.v.) không?
(9) 脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có tiền sử bệnh não (nhồi máu não, xuất huyết não v.v.) không?
(10) 入院や手術をしたことがありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có từ g nhập viện hay làm phẫu thuật không?
時期(　年　月　日頃) 病院名(　　) 病名(　　)
Thời gian (khoảng năm　tháng　ngày　) Tê　bệnh viện (　　) Tên bệnh (　　)
(11) 薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có dị ứng thuốc hay thức ăn không?
(12) 宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?　□ある Có　□ない Không
Bạn có thức ă　nào không được ăn vì lý do tôn giáo không?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ない Không
Trong gia đình bạn, có ai có triệu chứng bệnh dưới đây không? Người đó là ai?
□高血圧　□心疾患　□脳　患　□糖尿病　(関係　　)
Cao huyết áp　Bệnh tim　Bệnh não　Bệnh tiểu đường　(Mối quan hệ　)

官用欄(未要者で記載)					
身長	cm	体温	①	度	
体重	kg		②	度	
喫煙	有（1日　本）・無	血圧(脈拍)	①	／	(　)
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	(　)

引継事:

健康状態に関する質問書　（ペルシャ語）

پرسشنامه درارابطه با وضعیت سلامتی

年　月　日
روز　ماه　سال

国籍・地域　　男・女
منطقه　ملیت:　　مونث　مذکر

氏　名　　年齢　歳
نام ونام خانودگی:　　سال　سن

該当する□に✔印を入れてください。
وضعیت حالتان رادر□مناسب✔ بزنید.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
آیا عضوی یا قسمتی ازبدنتان بدحال میباشد؟

□ある　بلی　　□ない　خیر　　→ 質問４へ　به پرسش چهارم

2　どのような症状ですか？（上記１で「ある」に✔した人のみ）
علائم بیماریتان چیست ؟ (فقط افرادی که به پرسش 1< بلی > ✔علامت زده اند)

□頭が痛い　سردردارم
□殴られたような（鈍痛）　(کوفتگی/ضربه زدن)
□ズキズキした　تیر کشیدگی
（□しめつけられるような）　حالتی که فشار می دهند
□胸が痛い　دردسینه دارم
□刺すような（鋭い痛み）　(سوزن فروکردن)
□ズキズキした　تیرکشیدگی
（□しめつけられるような）　فشردگی/فشارروی قفسه سینه
□呼吸が苦しい　بدشواری نفس میکشم
□動悸がする　تپش قلب دارم
□背中が痛い　پشتم دردمیکند
□首が痛い　گردن دردارم
□熱がある　تب دارم
□咳が出る　سرفه میکنم
□痰が出る　خلط سینه دارم
□喉が痛い　گلودرددارم
□鼻づまり　گرفتگی بینی
□吐気がする　حالت تهوع دارم
□腰が痛い　کمردردارم
□胃が痛い　درد معده دارم
□便秘　پیوست
□下痢　اسهال
□眠れない　بی خوابی دارم
□めまいがする　سرگیجه دارم
□皮膚がかゆい　خارش دارم
□発疹がある　راش/جوش روی پوست دارم
□しびれがある　خواب رفتگی/گزگز
□歯が痛い　دندان دردارم
□その他（　　）
غیره（　　）

3　いつから症状がありますか？
ازکی این علائم رادارید ؟　（　　）

4　３か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
درصورتیکه تا 3ماه قبل ،جهت درمان به بیمارستانی مراجعه کرده اید،لطفا نام بیمارستان رابنویسید .

時期（　年　月　日頃）　病院名（　　）　病名（　　）
زمان（روزتقریبی　ماه　سال）　نام بیمارستان:　　نام بیماری:

5　女性の方のみ質問します。
پرسشهای فقط مربوط به زنان میباشد .

（１）妊娠している可能性はありますか？　□ない　خیر　□ある（妊娠　　か月）
احتمال حاملگی وجود دارد ؟　بلی（حامله　　ماه）

（２）最終月経日（　年　月　日頃）
آخرین تاریخ عادت ماهانه（سال　ماه　روزتقریبی）

6　以下の質問に答えてください。
به پرسش های زیرپاسخ دهید .

（１）現在，服用している薬はありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
درحال حاضردارومصرف مینمایید ؟

（２）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیا تابحال دارو مصرف کرده اید ؟

（３）結核にかかったことがありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیا سابقه ابتلا به بیماری سل رادارید ؟

（４）肝炎にかかったことがありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیا سابقه ابتلا به بیماری التهاب کبدی (هپاتیت) رادارید ؟

（５）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیاپزشک به شما گفته است که فشار خون تان بالا است ؟

（６）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیا پزشک به شما گفته است که نفس تنگی (آسم) دارید ؟

（７）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیاپزشک به شما گفته است که دیابت (مرض قند) دارید ؟

（８）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیا سابقه بیماری قلبی (سکته قلبی ، آنژیوگرافی غیره) دارید ؟

（９）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیا سابقه بیماری مغزی (سکته مغزی ، خونریزی مغزی غیره) دارید ؟

（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیا سابقه بستری دربیمارستان و عمل جراحی دارید ؟

時期（　年　月　日頃）　病院名（　　）　病名（　　）
زمان（روزتقریبی　ماه　سال）　نام بیمارستان:　　نام بیماری:

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
آیا به دارو یا موادخوراکی آلرژی دارید ؟

（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある　بلی　□ない　خیر
ازلحاظ دینی منع موادخوراکی دارید ؟

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない　خیر
درخانواده شما شخصی هست که علائم زیرراداشته باشد ؟ چه کسی است ؟

□高血圧　فشارخون بالا　□心疾患　بیماری قلبی　□脳疾患　بیماری مغزی　□糖尿病　دیابت　（関係　　）（نسبت　　）

使用欄（先生方で記載）

身長	cm	体温	①	度
体重	kg		②	度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①　／　（　）	
飲酒	有（1日　程度）・無		②　／　（　）	

引継事:

健康状態に関する質問書　（ベンガル語）
স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন পত্র

年　月　日
সাল　মাস　তারিখ

国籍・地域　　男・女
জাতীয়তা / এলাকা　　পুরুষ・মহিলা

氏　名　　年齢　歳
নাম　　বয়স　বছর

該当する□に✔印を入れてください。
প্রযোজ্য □ তে ✔ চিহ্ন দিন

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?
আপনার শরীরের কোথাও খারাপ আছে কি?

□ある　□ない → 質問4へ
আছে　নাই → প্রশ্ন ৪ এ

2　どのような症状ですか?（上記1で「ある」に✔した人のみ）
কি ধরনের উপসর্গ আছে?　উপরের ১ এ「আছে」তে ✓ চিহ্ন যিনি দিয়েছেন।

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
মাথা ব্যথা　সঙ্কুচিত আকারের ব্যথা　খোঁচা খোঁচা ব্যথা　আঘাত পাওয়ার মত ব্যথা）
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
বুকের ব্যথা　সঙ্কুচিত আকারের ব্যথা　খোঁচা খোঁচা ব্যথা　যন্ত্রণাদায়ক ব্যথা）
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
শ্বাস কষ্ট　অনিয়মিত হৃদস্পন্দন　ঘাড় ব্যথা　পিঠ ব্যথা
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
জ্বর ভাব　কাশি আছে　গলা ব্যথা　কফ বাহির হয়
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
সর্দি ভাব　বমিবমি ভাব　পেট ব্যথা　কোমর ব্যথা
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
কোষ্ঠকাঠিন্য　ডাইরিয়া　মাথা ঘুরা　ঘুম হয় না
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
চামড়া চুলকানো　লাল লাল ফুসকুড়ি　দাঁত ব্যথা　অসাড় অবস্থা
□その他（　　）
অন্যান্য（　　）

3　いつから症状がありますか?
কবে থেকে এই উপসর্গ আছে?
（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
যদি আপনি ৩ মাসের মধ্যে হাসপাতালে যান, তবে দয়া করে রোগটির নাম উল্লেখ করুন।
時期（　年　月　日頃）　病院名（　　）
সময়কাল（সাল　মাস　তারিখের কাছাকাছি）　হাসপাতালের নাম（　　）
病名（　　）রোগের নাম（　　）

5　（女性の方のみ質問します。）（শুধুমাত্র মহিলাদের জন্য প্রশ্ন）
（1）妊娠している可能性はありますか?　□ない নাই
আপনি কি গর্ভবতী　□ ある হ্যাঁ（妊娠　か月）
（গর্ভবতী　মাস）

（2）最終月経日（　年　月　日頃）
শেষ মাসিকের তারিখ（　সাল　মাস　তারিখ）

6　以下の質問に答えてください。
নিচের প্রশ্নের উত্তর দিন

（1）現在，服用している薬はありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
বর্তমানে, ওষুধ খাচ্ছেন কি?
（2）麻薬類を使用したことがありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
আপনি কি কখনো মাদক দ্রব্য ব্যবহার করেছেন?
（3）結核にかかったことがありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
আপনার কি কখনো যক্ষ্মা রোগ হয়েছিল কি?
（4）肝炎にかかったことがありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
আপনার কি কখনো হেপাটাইটিস হয়েছিল কি?
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
ডাক্তার আপনাকে কখনো বলেছিলেন যে উচ্চ রক্তচাপ হচ্ছে বলে?
（6）医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
ডাক্তার আপনাকে কখনো বলেছিলেন যে হাঁপানি（অ্যাস্থমা）আছে বলে?
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
ডাক্তার আপনাকে কখনো বলেছিলেন যে ডায়াবেটিস আছে বলে?
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
হৃদরোগ（মায়োকার্ডিয়াল ইনফেকশন, এনজিয়ানা（পেকটারিস ইত্যাদি）কখনো হয়েছিল কি?
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
মস্তিষ্কের রোগ（সেরিব্রাল ইনফেশন, সেরিব্রাল হেমোরেজ ইত্যাদি）কখনো হয়েছিল কি?
（10）入院や手術をしたことがありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
আপনি কি হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন বা অপারেশন করেছেন?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
সময়কাল（সাল　মাস　তারিখের কাছাকাছি）　হাসপাতালের নাম（　　）রোগের নাম（　　）
（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
আপনার ঔষধ / খাবারে কোন এলার্জি আছে কি?
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?　□ある হ্যাঁ　□ない না
আপনার ধর্মীয়ভাবে খাওয়া উচিত নয় এই ধরনের খাবার আছে কি?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ない না
আপনার পরিবারে নিম্নলিখিত লক্ষণ（উপসর্গ）গুলি আছে কি?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
উচ্চ রক্ত চাপ　হৃদরোগ　মস্তিষ্কের রোগ　বহুমূত্র（ডায়াবেটিস）রোগ　（সম্পর্ক　）

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継事:

健康状態に関する質問書　(ポルトガル語)

Questionário sobre o seu estado de saúde

年　月　日
Data:　/　/

国籍・地域　　男・女
Nacionalidade / Região　　Homem / Mulher

氏　名　　年齢　歳
Nome completo　　Idade:　anos

該当する□に✔印を入れてください。
Marque (✔) a alternativa que corresponde ao seu estado de saúde.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?
Tem mal estar ou problema em alguma parte do corpo?
□ある　□ない → 質問4へ
Sim　Não → Siga para a pergunta 4

2　どのような症状ですか?（上記1で「ある」に✔した人のみ）
Quais são os sintomas? (Responda caso tenha marcado "sim" na pergunta 1)
□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
Dor de cabeça (Sensação de aperto　Latejando　Como se tivesse levado uma pancada)
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
Dor no peito (Sensação de aperto　Latejando　Dor pungente)
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
Dificuldade de respirar　Palpitações　Dor no pescoço　Dor nas costas
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
Tem febre　Tosse　Dor de garganta　Escarro
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
Nariz entupido　Enjoo　Dor de estômago　Dor na região lombar
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
Constipação　Diarreia　Tontura　Insônia
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
Coçeira na pele　Erupções cutâneas　Dor de dente　Dormência (formigamento)
□その他（　　）
Outros

3　いつから症状がありますか? Quando os sintomas começaram?
(　　)

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
Caso tenha ido a um hospital nos últimos três meses, escreva o motivo (nome da doença, etc).
時期(　年　月　日頃) 病院名(　　) 病名(　　)
Quando?(Data:　/　/　aprox.) Nome do hospital(　　)
Nome da doença(　　)

5　(女性の方のみ質問します。) Pergunta somente para mulheres
(1) 妊娠している可能性はありますか?　□ない Não
Existe a possibilidade de estar grávida?　□ある Sim　(妊娠　か月)
(número de meses de gravidez:　meses)

(2) 最終月経日(　年　月　日頃)
Data da última menstruação:　/　/　(Aprox.)

6　以下の質問に答えてください。
Por favor responda as seguintes perguntas:
(1) 現在, 服用している薬はありますか?　□ある Sim　□ない Não
Você está tomando alguma medicamento atualmente?
(2) 麻薬類を使用したことがありますか?　□ある Sim　□ない Não
Alguma vez já utilizou alguma droga?
(3) 結核にかかったことがありますか?　□ある Sim　□ない Não
Já teve tuberculose?
(4) 肝炎にかかったことがありますか?　□ある Sim　□ない Não
Já teve hepatite?
(5) 医師から血圧が高いと言われたことがありますか?　□ある Sim　□ない Não
Já foi diagnosticado com hipertensão por um médico alguma vez?
(6) 医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある Sim　□ない Não
Já foi diagnosticado com asma por um médico alguma vez?
(7) 医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある Sim　□ない Não
Já foi diagnosticado com diabetes por um médico alguma vez?
(8) 心疾患（心筋梗塞, 狭心症等）の既往歴がありますか?　□ある Sim　□ない Não
Possui histórico de doenças cardíacas? (Infarto do miocárdio, angina, etc.)
(9) 脳疾患（脳梗塞, 脳出血等）の既往歴がありますか?　□ある Sim　□ない Não
Possui histórico de doenças cerebrais? (Infarto cerebral, hemorragia cerebral, etc.)
(10) 入院や手術をしたことがありますか?　□ある Sim　□ない Não
Alguma vez já foi hospitalizado ou operado?
時期(　年　月　日頃) 病院名(　　) 病名(　　)
Quando?(Data:　/　/　aprox.) Nome do hospital(　　)Nome da doença(　　)
(11) 薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある Sim　□ない Não
Tem alguma alergia a medicamentos ou alimentos?
(12) 宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?　□ある Sim　□ない Não
Existe algum alimento que não pode ser consumido devido a sua religião?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ない Não
Existe algum portador das seguintes doenças na sua família? Quem?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病
Hipertensão　Doenças cardiacas　Doenças cerebrais　Diabetes
(関係　　) (Relação:　　)

専用欄(朱書きで記載)					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有 (1日　本)・無	血圧(脈拍)	①	／	(　)
飲酒	有 (1日　程度)・無		②	／	(　)

引継薬:

健康状態に関する質問書　　（マレー語）

SOALAN MENGENAI KEADAAN KESIHATAN

年　月　日
hh　bb　tt

国籍・地域　　男・女
Warganegara / Kawasan　　Lelaki / Perempuan

氏　名　　年齢　歳
Nama　　Umur　tahun

該当する□に✔印を入れてください。
Tanda ✔ pada □ yang berkenaan.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
Adakah anda mempunyai masalah di bahagian badan anda?
□ある　□ない　→　質問4へ
Ya　Tidak → ke soalan 4

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✔した人のみ）
Apakah simptom yang ada? (Jika anda menjawab "Ya" pada soalan 1)
□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
Sakit kepala (Seperti ditekan　Berdenyut-denyut　Seperti dipukul)
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
Sakit dada (Seperti ditekan　Berdenyut-denyut　Seperti dicucuk-cucuk)
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
Sukar bernafas　Jantung berdebar　Sakit leher　Sakit belakang
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
Demampanas　Batuk　Sakit tekak　Berkahak
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
Hidung tersumbat　Muntah　Sakit perut　Sakit pinggang
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
Sembelit　Cirit birit　Pusing kepala　Sukar tidur
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
Gatal-gatal kulit　Ruam　Sakit gigi　Menggigil
□その他（　　）
Lain-lain（　　）

3　いつから症状がありますか？Sejak bila simptom bermula?
（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
Tuliskan nama penyakit sekiranya anda pernah pergi ke hospital dalam 3 bulan ini.
時期（　年　月　日頃）　病院名（　　）
Period (Sekitar　hh　bb　tt)　Nama hospital (　　)
病名（　　）Nama penyakit (　　)

5　（女性の方のみ質問します。）(Soalan untuk wanita sahaja)
（1）妊娠している可能性はありますか？　□ない Tidak
Adakah terdapat kemungkinan anda mengandung?　□ある Ya (妊娠　か月)
(mengandung　bulan)
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
Tarikh akhir haid (sekitar　hh　bb　tt)

6　以下の質問に答えてください。
Sila jawab soalan berikut.
（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある Ada　□ない Tiada
Adakah ubat yang anda sedang ambil sekarang?
（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Adakah anda pernah mengambil dadah?
（3）結核にかかったことがありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Pernahkah anda mengidap TB?
（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Pernahkah anda mengidap Hepatitis?
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Pernahkah doktor memberitahu anda mempunyai tekanan darah tinggi?
（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Pernahkah doktor memberitahu anda mempunyai asma?
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Pernahkah doktor memberitahu anda mempunyai kencing manis?
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？□ある Ya　□ない Tidak
Adakah anda mempunyai sejarah penyakit jantung (infarksi miokardium, angina pectoris, dll)?
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？□ある Ya　□ない Tidak
Adakah anda mempunyai sejarah penyakit otak (infarksi serebrum, pendarahan serebrum, dll)?
(10) 入院や手術をしたことがありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Pernahkah anda dimasukkan ke hospital atau menjalani pembedahan?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
Period (Sekitar　hh　bb　tt) Nama hospital (　　) Nama penyakit (　　)
(11) 薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Adakah anda mempunyai alahan terhadap ubat atau makanan?
(12) 宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある Ya　□ない Tidak
Adakah anda mempunyai larangan makanan atas sebab agama?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない Tidak
Adakah keluarga anda mempunyai simptom berikut? Siapa?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
Darah tinggi　Sakit jantung　Sakit otak　Kencing manis (Hubungan　　)

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）

引継事：

健康状態に関する質問書

（ミャンマー語）

ကျန်းမာရေးအခြေအနေဆိုင်ရာမေးခွန်းများ

年　月　日
ခုနှစ်　လ　ရက်

国籍・地域　　男・女
နိုင်ငံသား - အသေ　　ကျား - မ

氏　名　　年齢　歳
အမည်　　အသက်　နှစ်

該当する□に✓印を入れてください。
သက်ဆိုင်သောနေရာရှိလေးထောင့်ကွက် ☐ တွင်အမှန်ခြစ်ထည့်ပါ။

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか？
ခန္ဓာကိုယ်ရှိတစ်နေရာရာတွင်နေထိုင်မကောင်းဖြစ်နေသည်များရှိပါသလား။
☐ある ရှိ　☐ない မရှိ → 質問4へ　မေးခွန်းနံပါတ် 4 သို့

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✓した人のみ）
မည်သို့သောရောဂါလက္ခဏာများခံစားရသနည်း။
(အထက်ပါမေးခွန်းနံပါတ် 1 တွင် [ရှိ]အနေရှိသူအမှန်ခြစ်ထားသူများသာဖြေဆိုရန်။)

☐頭が痛い（☐しめつけられるような　☐ズキズキした　☐殴られたような）
ခေါင်းကိုက်ခြင်း　(ဇက်ကြောတက်၍　တဒုတ်ဒုတ်ထိုး၍　ရိုက်ခံရသကဲ့သို့)
☐胸が痛い（☐しめつけられるような　☐ズキズキした　☐刺すような）
ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း　(ဖိညှစ်ထားသကဲ့သို့　တဒုတ်ဒုတ်ထိုး၍　စူးပြီးအောင့်သကဲ့သို့)
☐呼吸が苦しい　☐動悸がする　☐首が痛い　☐背中が痛い
အသက်ရှူနာကျပ်ခြင်း　နှလုံးခုန်မြန်ခြင်း　လည်ပင်းနာခြင်း　ကျောအောင့်ခြင်း
☐熱がある　☐咳が出る　☐喉が痛い　☐痰が出る
ကိုယ်ပူခြင်း　ချောင်းဆိုးခြင်း　လည်ချောင်းနာခြင်း　ချွဲထခြင်း
☐胃もたれ　☐吐気がする　☐腎が痛い　☐腰が痛い
နာစေခြင်း　ပျို့အန်ချင်သလိုဖြစ်ခြင်း　ဝိုက်အောင့်ခြင်း　ခါးနာခြင်း
☐便秘　☐下痢　☐めまいがする　☐眠れない
ဝမ်းချုပ်ခြင်း　ဝမ်းလျှောခြင်း　ခေါင်းမူးခြင်း　အိပ်မပျော်ခြင်း
☐皮膚がかゆい　☐発疹がある　☐歯が痛い　☐しびれがある
ယားယံခြင်း　အဖုအစိမ်ပေါ်ကွက်ထခြင်း　သွားကိုက်ခြင်း　ထုံကျင်ခြင်း
☐その他　အခြား：（　　）

3　いつから症状がありますか？
မည်သည့်အချိန်မှစတင်၍ရောဂါလက္ခဏာများခံစားရသနည်း။（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
3လအတွင်းဆေးရုံတက်ရောဂါအမည်ကဲ့သို့ကိုဖော်ပြပါ။
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
အချိန်ကာလ（　ခုနှစ်　လ　ရက်ခန့်）ဆေးရုံအမည်（　　）ရောဂါအမည်（　　）

5　（女性の方のみ質問します。）（အမျိုးသမီးများသာဖြေဆိုရန်ဖြစ်ပါသည်။）

（1）妊娠している可能性はありますか？　☐ない　မရှိ
ကိုယ်ဝန်ရနိုင်ခြေမရှိ။　☐ある ရှိ（妊娠　　か月）
（ကိုယ်ဝန်　　လ）

（2）最終月経日（　年　月　日頃）
မွေးတာလာခဲ့သောနောက်ဆုံးလ（　ခုနှစ်　လ　ရက်ခန့်）

6　以下の質問に答えてください。
အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖြေပါ။

（1）現在，服用している薬はありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
လက်ရှိသောက်နေရသောဆေးများရှိမရှိ။
（2）麻薬類を使用したことがありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲဖူးခြင်းရှိမရှိ။
（3）結核にかかったことがありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
တီဘီရောဂါဖြစ်ဖူးခြင်းရှိမရှိ။
（4）肝炎にかかったことがありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
အသည်းရောင်အသားဝါဖြစ်ဖူးခြင်းရှိမရှိ။
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
သွေးတိုးရှိသည်ဟုဆရာဝန်ထံမှပြောကြားခံရဖူးခြင်းရှိမရှိ။
（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
ပန်းနာရှိသည်ဟုဆရာဝန်ထံမှပြောကြားခံရဖူးခြင်းရှိမရှိ။
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
သီးချိန်ရှိသည်ဟုဆရာဝန်ထံမှပြောကြားခံရဖူးခြင်းရှိမရှိ။
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
နှလုံးရောဂါ (နှလုံးကြွက်သားပုပ်ခြင်း၊ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း) ရောဂါရာဇဝင်များရှိမရှိ။
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
ဦးနှောက်ဆိုင်ရာရောဂါ(ဦးနှောက်ကြွက်သားပုပ်ခြင်းဦးနှောက်သွေးကြောပေါက်လေပြတ်ခြင်း) ရောဂါရာဇဝင်များရှိမရှိ။
（10）入院や手術をしたことがありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
ဆေးကုဘက်ခြင်းနှင့်ခွဲစိတ်ခံရဖူးခြင်းရှိမရှိ
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
အချိန်ကာလ（　ခုနှစ်　လ　ရက်ခန့်）ဆေးရုံအမည်（　　）ရောဂါအမည်（　　）

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
တပ်မတော်ဥပဒေသောဆေးဝါးနှင့်အစာအစားသောက်များရှိမရှိ။
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　☐ある ရှိ　☐ない မရှိ
ဘာသာရေးအရရှောင်ထားရသောအစာအစားသောက်များရှိမရှိ။

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　☐ない မရှိ
သင့်မိသားစုထဲတွင်အောက်ပါရောဂါဒဏ်ခံစားနေရသူများရှိပါသလား။ မည်သူဖြစ်သနည်း။

☐高血圧　သွေးတိုး　☐心疾患　နှလုံးရောဂါ　☐脳疾患　ဦးနှောက်ဆိုင်ရာရောဂါ
☐糖尿病　သီးချိန်　（関係　တော်စပ်ပုံ　　）

官用欄（先生方記載）					
身長	cm	体温	①	度	
体重	kg		②	度	
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（原箇）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）
引継事：					

健康状態に関する質問書　　(モンゴル語)

Эрүүл мэндийн байдалтай холбогдох асуулт

年　月　日

он　сар　өдөр

国籍・地域　　男 - 女

Иргэншил, улс　　Эр / Эм

氏　名　　年齢　歳

Овогнэр　　Нас

該当する□に✓印を入れてください。

Тохирох □ хэсэгт ✓ тэмдэг тавина уу.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?

Таны биед ямар нэгэн зовиур байна уу?

□ある　□ない → 質問4へ

Байна　Байхгүй → Асуулт 4 рүү

2　どのような症状ですか?（上記1で「ある」に✓した人のみ）

Өвчний ямар шинж тэмдэг илэрч байна вэ? (Дээрх 1-р асуултанд "Байна" гэдэгт ✓ тэмдэглэсэн хүн зөвхөн хариулна)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）

Толгой өвдөх (Лугшиж өвдөх　Хатгаж өвдөх　Цохиулсан мэт өвдөх)

□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）

Цээжээр өвдөх (Лугшиж өвдөх　Хатгаж өвдөх　Хатгуулж өвдөх)

□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い

Амьсгаа давчдах　Зүрх дэлсэх　Хүзүүгээр өвдөх　Дал нуруу өвдөх

□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る

Халуурах　Ханиах　Хоолой өвдөх　Цэр гарах

□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い

Хамар битүүрэх　Дотор муухайрах　Ходоод өвдөх　Нуруу өвдөх

□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない

Өтгөн хатах　Гүйлгэх　Нүд эргэлзлэх　Унтаж чадахгүй байх

□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある

Арьс загатнах　Юм туурах　Шүд өвдөх　Мэдээгдэх

□その他（　　）

Бусад (　　)

3　いつから症状がありますか?Хэзээнээсөвчнийшинж тэмдэг илэрсэнбэ?

(　　)

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。

3 сарын дотор эмнэлэгт үзүүлсэн бол эмнэлгийн нэрийг бичнэ үү.

時期 (　年　月　日頃) 病院名 (　　) 病名 (　　)

Хэзээ (　он　сар　өдөр) эмнэлгийн нэр (　　) өвчнийонош (　　)

5　(女性の方のみ質問します。) (Зөвхөн эмэгтэйчүүд хариулна уу.)

（1）妊娠している可能性はありますか?　□ない Үгүй

)Кирэмсэн эсэх　□ある Тийм (妊娠　か月)

(Кирэмсэн　саргай)

（2）最終月経日 (　年　月　日頃)

Сүүлчийн биений юм ирсэн өдөр (　он　сар　өдөр)

6　以下の質問に答えてください。Дараах асуултандхариулна уу.

（1）現在，服用している薬はありますか?　□ある Байгаа　□ない Байхгүй

Танд одоо хэрэглэж байгаа эм бий юу?

（2）麻薬類を使用したことがありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Та мансуурууулах бодис хэрэглэжбайсануу?

（3）結核にかかったことがありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Та сүрьеэгээр өвчилжбайсануу?

（4）肝炎にかかったことがありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Та гепатитаар өвчилжбайсан уу?

（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Эмчийн зүгээс таныг цусны өндөр даралттай гэж оношилж байсан уу?

（6）医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Эмчийн зүгээс таныг астматай гэж оношилж байсан уу?

（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Эмчийн зүгээс таныг чихрийн шижинтэй гэж оношилж байсан уу?

（8）心疾患 (心筋梗塞, 狭心症等) の既往歴がありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Та зүрх судасны (Зүрхний булчингийн хатуурал, зүрхний шигдээс гэх мэт) өвчний түүхтэй юу?

（9）脳疾患 (脳梗塞, 脳出血等) の既往歴がありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Тархи мэдрэлийн (Тархины цус харвалт, тархины цус алдалт гэх мэт) өвчний түүхтэй юу?

(10) 入院や手術をしたことがありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлж байсан эсвэл мэсэсэл хийлгэжбайсан уу?

時期 (　年　月　日頃) 病院名 (　　) 病名 (　　)

Хэзээ (　он　сар　өдөр) эмнэлгийн нэр (　　) өвчний онош (　　)

(11) 薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある Тийм　□ない Үгүй

Эм, хоол хүнсний харшилтай юу?

(12) 宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?　□ある Байгаа　□ない Байхгүй

Шашин шүтлэгийн улмаас идэж болохгүй хоол хүнсний зүйл бий юу?

(13) あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ない Үгүй

Таны гэр бүлд дараах өвчний шинж тэмдэгтэй хүн бий юу? Хэн бэ?

□高血圧　□心疾患　□脳疾患

Цусны даралт ихсэлт　Зүрх судасны өвчин　Тархи мэдрэлийн өвчин

□糖尿病　(関係　　)

Чихрийн шижин　(Хэн болох　　)

専用欄(先生方で記載)					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有 (1日　本) - 無	血圧 (限界)	①	/	(　)
飲酒	有 (1日　程度) - 無		②	/	(　)

引継事:

健康状態に関する質問書　　（ロシア語）

Опросный лист по состоянию здоровья

年　月　日

«___»_____ г.

国籍・地域　　男・女

Национальность/регион　　муж. / жен.

氏　名　　年齢　歳

ФИО　　Возраст　лет

該当する□に✔印を入れてください。

Отметьте галочкой (✔) квадрат (□), подходящий ответу.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?

Чувствуете ли Вы недомогание в какой-либо части тела?

□ある　□ない → 質問4へ

Да　Нет → Квопросу4

2　どのような症状ですか?（上記1で「ある」に✔した人のみ）

Какие проявляются симптомы болезни? (в случае, если в 1-м вопросе выбран ответ «Да»)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）

Головная боль (сдавливающая　пульсирующая　ударяющая)

□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）

Боль в грудной клетке (сдавливающая　пульсирующая　колящая)

□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い

Затрудненное дыхание　Учащенное сердцебиение　Боли в шее　Боли в спине

□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る

Есть температура　Кашель　Боли в горле　Мокрота

□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い

Заложен нос　Тошнота　Боли в желудке　Боли в пояснице

□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない

Запор　Диарея　Головокружение　Бессонница

□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある

Кожный зуд　Сыпь　Зубная боль　Онемение

□その他（　　）

Другое (　　)

3　いつから症状がありますか?Когда проявились симптомы болезни?

(　　)

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。

Если в течение последних 3 месяцев Вы посещали больницу, то напишите, пожалуйста, название болезни и т.д.

時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）

Дата (приблизительно «___»_____ г.);

Название больницы (　　); названиеболезни (　　)

5　（女性の方のみ質問します。）(Вопростольюдля женщин)

（1）妊娠している可能性はありますか?

Есть ли вероятность, что Вы беременны?

□ある　Есть (妊娠　か月)

(срок　месяце

□ ないНет

（2）最終月経日（　年　月　日頃）

Последний день менструации (приблизительно «___»_____ г.)

6　以下の質問に答えてください。

Ответьте, пожалуйста, на нижеследующие вопросы.

（1）現在，服用している薬はありますか?　□ある Да　□ないНет

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные средства?

（2）麻薬類を使用したことがありますか?　□ある Да　□ないНет

Принимали ли Вы когда-либо наркотические средства?

（3）結核にかかったことがありますか?　□ある Да　□ないНет

Болели ли Вы когда-либо туберкулезом?

（4）肝炎にかかったことがありますか?　□ある Да　□ないНет

Болели ли Вы когда-либо гепатитом?

（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか?　□ある Да　□ないНет

Слышали ли Вы от врача, что у Вас высокое давление?

（6）医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある Да　□ないНет

Слышали ли Вы от врача, что у Вас синдромы астмы?

（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある Да　□ないНет

Слышали ли Вы от врача, что у Вас сахарный диабет?

（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか?　□ある Да　□ないНет

Есть ли у Вас заболевания сердца (инфаркт миокарда, стенокардия и т.д.) в анамнезе (историиболезни)?

（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか?　□ある Да　□ないНет

Есть ли у Вас заболевания головного мозга (ишемический инсульт, внутричерепное кровоизлияние и т.д.) в анамнезе (истории болезни)?

（10）入院や手術をしたことがありますか?　□ある Да　□ないНет

Были ли Вы когда-либо госпитализированы, были ли операции?

時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）

Дата (приблизительно «___»_____ г.);

Название больницы (　　); название болезни (　　)

（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある Да　□ないНет

Есть ли у Вас аллергии на лекарственные средства или продукты питания?

（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?　□ある Да　□ないНет

Есть ли продукты питания, которые Вам запрещено употреблять религией?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ないНет

Есть ли у Вас в семье кто-то с нижеследующими заболеваниями? Кем он Вам приходится?

□高血圧　□心疾患　□脳疾患

Высокое давление　Заболевания сердца　Заболевания головного мозга

□糖尿病

Сахарный диабет　(関係　　) (родственнаясвязь:　　)

官用欄（先生等で記載）					
身長	cm	体温	①		度
体重	kg		②		度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）
引継事：					

健康状態に関する質問書　　(英語)

Health Condition Questionnaire

年　月　日
Date

国籍・地域　　男・女
Nationality/ Region　　Male　Female

氏　名　　年齢　歳
Name　　Age

該当する□に✓印を入れてください。
Please check ✓ the applicable box

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?
1. Is there anything wrong with your body?
□ある　□ない → 質問4へ
Yes　No → Go on to question 4.

2　どのような症状ですか?（上記1で「ある」に✓した人のみ）
2. What are your symptoms? (Only answer if you checked ✓ "Yes" for 1 above)

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
Headache　(Feels tight　Throbs　Feels like somebody hit my head)
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
Chest hurts　(Feels tight　Throbs　Stabbing sensation)
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
Difficulty breathing　Palpitations　Neck hurts　Back hurts
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
Fever　Cough　Sore throat　Phlegm
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
Stuffy nose　Nausea　Stomach hurts　Lower back hurts
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
Constipation　Diarrhea　Dizziness　Insomnia
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
Itchy skin　Rash　Toothache　Numbness
□その他　Others（　　）

3　いつから症状がありますか? 3. When did you start experiencing these symptoms?
（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
4. If you have been to a hospital within the last three months, what was the name of your illness or ailment?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
When? (Approx. date:　　) Hospital name (　　) Name of illness (　　)

5　（女性の方のみ質問します。）5. (Questions only for women.)
（1）妊娠している可能性はありますか?
(1) Is there the possibility you might be pregnant?
□ない No　□ある Yes（妊娠　か月）(No of months of pregnancy:　　)
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
(2) Date of last period/menstruation (Approx. date:　　)

6　以下の質問に答えてください。
6. Please answer the following questions.
（1）現在，服用している薬はありますか?　□ある Yes　□ない No
(1) Are you currently taking any medication?
（2）麻薬類を使用したことがありますか?　□ある Yes　□ない No
(2) Have you ever used drugs?
（3）結核にかかったことがありますか?　□ある Yes　□ない No
(3) Have you ever had tuberculosis?
（4）肝炎にかかったことがありますか?　□ある Yes　□ない No
(4) Have you ever had hepatitis?
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか?　□ある Yes　□ない No
(5) Have you ever been told by a doctor that you have high blood pressure?
（6）医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある Yes　□ない No
(6) Have you ever been told by a doctor you have asthma?
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある Yes　□ない No
(7) Have you ever been told by a doctor you have diabetes?
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか?　□ある Yes　□ない No
(8) Do you have a history of heart disease (myocardial infarction, cardiac angina, etc.)?
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか?　□ある Yes　□ない No
(9) Do you have a history of brain disease (cerebral infarction, cerebral hemorrhage, etc.)?
（10）入院や手術をしたことがありますか?　□ある Yes　□ない No
(10) Have you ever been hospitalized or had surgery?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
When? (Approx. date:　　) Hospital name (　　) Name of illness (　　)
（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある Yes（　）　□ない No
(11) Do you have any allergies to medicine / food?
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?□ある Yes（　）　□ない No
(12) Do you have any food that you cannot eat for religious reasons?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ない No
7. Does anyone in your family have any of the following symptoms? If so, who?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　(関係　　)
Hypertension　Heart disease　Brain disease　Diabetes (Relationship to you:　　)

官用欄(朱書きで記載)				
身長	cm	体温	①	度
体重	kg		②	度
喫煙	有（1日　本）・無	血圧(脈拍)	①　／　（　）	
飲酒	有（1日　程度）・無		②　／　（　）	
引継事:				

健康状態に関する質問書　(韓国語)
건강 상태에 관한 질문서

年　月　日
년　월　일

国籍・地域　　男・女
국적・지역　　남・여

氏　名　　年齢　歳
성　명　　나이　세

該当する□に✔印を入れてください。
해당하는 □에 ✔표시를 하십시오.

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?
몸 어딘가에 상태가 안 좋은 곳이 있습니까?
□ある 있음　□ない 없음 → 質問4へ / 질문 4로

2　どのような症状ですか? (上記1で「ある」に✔した人のみ)
어떤 증상입니까?(상기 1에서 '있음'에 ✔표시를 한 분만)
□頭が痛い (□しめつけられるような 두통 (조여 오는 듯함 / □ズキズキした 욱신거림 / □殴られたような 맞은 것 같음)
□胸が痛い (□しめつけられるような 가슴 통증 (조여 오는 듯함 / □ズキズキした 욱신거림 / □刺すような 찌르는 듯함)
□呼吸が苦しい 호흡 곤란　□動悸がする 두근거림　□首が痛い 목이 아픔　□背中が痛い 등이 아픔
□熱がある 열　□咳が出る 기침　□喉が痛い 목이 아픔　□疲が出る 가래
□鼻づまり 코막힘　□吐気がする 구토　□胃が痛い 위통　□腰が痛い 요통
□便秘 변비　□下痢 설사　□めまいがする 현기증　□眠れない 불면증
□皮膚がかゆい 피부 가려움　□発疹がある 발진　□歯が痛い 치통　□しびれがある 저림
□その他 (　　)
기타 (　　)

3　いつから症状がありますか? 언제부터 증상이 있었습니까?
(　　)

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
3개월 이내에 병원에 간 적이 있는 경우에는 병명 등을 기재해 주십시오.
時期 (　年　月　日頃) 病院名 (　　) 病名 (　　)
시기 (　년　월　일경) 병원명 (　　) 병명 (　　)

5　(女性の方のみ質問します。) (여성분에 대한 질문입니다.)
(1) 妊娠している可能性はありますか? 임신했을 가능성이 있습니까?　□ない 없음　□ある 있음 (妊娠　か月) (임신　개월)
(2) 最終月経日 (　年　月　日頃)
최종 월경일 (　년　월　일경)

6　以下の質問に答えてください。
아래 질문에 답해 주십시오.
(1) 現在, 服用している薬はありますか? 현재 복용 중인 약이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(2) 麻薬類を使用したことがありますか? 마약류를 사용한 적이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(3) 結核にかかったことがありますか? 결핵에 걸린 적이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(4) 肝炎にかかったことがありますか? 간염에 걸린 적이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(5) 医師から血圧が高いと言われたことがありますか? 의사로부터 혈압이 높다고 들은 적이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(6) 医師から喘息と言われたことがありますか? 의사로부터 천식이라고 들은 적이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(7) 医師から糖尿病と言われたことがありますか? 의사로부터 당뇨병이라고 들은 적이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(8) 心疾患 (心筋梗塞, 狭心症等) の既往歴がありますか? 심질환(심근경색, 협심증 등)의 기왕력이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(9) 脳疾患 (脳梗塞, 脳出血等) の既往歴がありますか? 뇌질환(뇌경색, 뇌출혈 등)의 기왕력이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(10) 入院や手術をしたことがありますか? 입원 및 수술한 적이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
時期 (　年　月　日頃) 病院名 (　　) 病名 (　　)
기간 (　년　월　일경) 병원명 (　　) 병명 (　　)
(11) 薬・食べ物のアレルギーはありますか? 약・음식에 대한 알레르기가 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음
(12) 宗教上食べてはいけない食べ物はありますか? 종교상 먹어서는 안 되는 음식이 있습니까?　□ある 있음　□ない 없음

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか? それは誰ですか?　□ない 없음
당신의 가족 중에 아래의 증상이 있는 분이 계십니까? 계시다면 누구입니까?
□ 血圧 고혈압　□心疾患 심질환　□脳疾患 뇌질환　□糖尿病 당뇨병　(関係 관계　　)

官用欄(朱書きで記載)

身長	cm	体温	①	度
体重	kg		②	度
喫煙	有 (1日　本)・無	血圧(脈拍)	① ／ (・)	
飲酒	有 (1日　程度)・無		② ／ ( )	

引継事:

健康状態に関する質問書　　（中国語・簡体字）

有关健康状态的询问单

年　月　日
年　月　日

国籍・地域　　男・女
国籍・地区　　男・女
氏　　名　　年齢　　歳
姓　　名　　年龄　　岁

該当する□に✔印を入れてください。
请在符合的□中划✔。

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?
身体是否不舒服?

□ある　□ない　→　質問4へ
是　否　→　至第4问

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✔した人のみ）
有什么症状吗？（仅请在第1问中"是"的□划了✔的人回答）

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
头疼（像受到压迫般的疼痛　一阵阵跳动性疼痛　像被殴打后的疼痛）
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
胸疼（像受到压迫般的疼痛　一阵阵跳动性疼痛　像被针扎般的疼痛）
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
呼吸困难　心悸　颈部疼　背疼
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
发烧　咳嗽　嗓子疼　有痰
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
鼻子堵塞　恶心　胃疼　腰疼
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
便秘　腹泻　头晕　失眠
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
皮肤瘙痒　出疹子　牙疼　有麻木感
□その他（　　）
其他（　　）

3　いつから症状がありますか？ 症状は什么时候出现的？
（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
3个月以内去过医院的请填写病名称等。
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
时期（　年　月　日前后）医院名称（　　）疾病名称（　　）

5　（女性の方のみ質問します。）5　（仅请女性回答。）

（1）妊娠している可能性はありますか？　□ない　无
是否有妊娠的可能性？　□ある　有（妊娠　　か月）
（妊娠　　个月）

（2）最終月経日（　年　月　日頃）
最后的月经日（　年　月　日前后）

6　以下の質問に答えてください。
请回答以下问题。

（1）現在，服用している薬はありますか？　□ある　是　□ない　否
现在是否服药？
（2）麻薬類を使用したことがありますか？　□ある　是　□ない　否
过去是否服用过麻药类药物？
（3）結核にかかったことがありますか？　□ある　是　□ない　否
过去是否患过结核？
（4）肝炎にかかったことがありますか？　□ある　是　□ない　否
过去是否患过肝炎？
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか？　□ある　是　□ない　否
过去是否曾被医生说过血压高？
（6）医師から喘息と言われたことがありますか？　□ある　是　□ない　否
过去是否曾被医生说过有哮喘？
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか？　□ある　是　□ない　否
过去是否被医生说过有糖尿病？
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか？　□ある　是　□ない　否
是否有心脏病（心肌梗塞、狭心症等）的病史？
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか？　□ある　是　□ない　否
是否有脑疾病（脑梗塞、脑出血等）的病史？
（10）入院や手術をしたことがありますか？　□ある　是　□ない　否
过去是否住过院或做过手术？
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
时期（　年　月　日前后）医院名称（　　）疾病名称（　　）
（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□ある　是　□ない　否
是否有药物或食物过敏？
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？　□ある　是　□ない　否
是否有宗教上不可食用的食物？

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？　それは誰ですか？　□ない　否
你有患以下症状的家人吗？是谁？
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
高血压　心脏病　脑疾病　糖尿病　（与你的关系　　）

医用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①	度	
体重	kg		②	度	
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／	（　）
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／	（　）
引継項:					

健康状態に関する質問書　　（中国語・繁体字）

有關健康狀態的詢問單

年　月　日
年　月　日

国籍・地域　　男・女
國籍・地區　　男・女
氏　名　　年齢　歳
姓　名　　年齡　歲

該当する□に✓印を入れてください。
請在符合的□中划✓。

1　体のどこかに調子の悪いところがありますか?
身體是否不舒服?
□ある　□ない　→　質問4へ
是　否　→　至第4問

2　どのような症状ですか？（上記1で「ある」に✓した人のみ）
有什麼症狀嗎？（僅請在第1問中“是”的□划了✓的人回答）

□頭が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□殴られたような）
頭疼　（像受到壓迫般的疼痛　一陣陣跳動性疼痛　像被毆打後的疼痛）
□胸が痛い（□しめつけられるような　□ズキズキした　□刺すような）
胸疼　（像受到壓迫般的疼痛　一陣陣跳動性疼痛　像被針扎般的疼痛）
□呼吸が苦しい　□動悸がする　□首が痛い　□背中が痛い
呼吸困難　心悸　頸部疼　背疼
□熱がある　□咳が出る　□喉が痛い　□痰が出る
發燒　咳嗽　嗓子疼　有痰
□鼻づまり　□吐気がする　□胃が痛い　□腰が痛い
鼻子堵塞　噁心　胃疼　腰疼
□便秘　□下痢　□めまいがする　□眠れない
便秘　腹瀉　頭暈　失眠
□皮膚がかゆい　□発疹がある　□歯が痛い　□しびれがある
皮膚搔癢　出疹子　牙疼　有麻木感
□その他（　　）
其他（　　）

3　いつから症状がありますか？　症状は什麼時候出現的?
（　　）

4　3か月以内に病院に行ったことがある場合は病名等を記載してください。
3個月內去過醫院的請填寫疾病名稱等。
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
時期（　年　月　日前後）醫院名稱（　　）疾病名稱（　　）

5　（女性の方のみ質問します。）　（僅請女性回答。）
（1）妊娠している可能性はありますか?　□ない　無
是否有妊娠的可能性?　□ある　有（妊娠　か月）
（妊娠　個月）
（2）最終月経日（　年　月　日頃）
最後的月經日（　年　月　日前後）

6　以下の質問に答えてください。
請回答以下問題。
（1）現在，服用している薬はありますか?　□ある　是　□ない　否
現在是否服藥?
（2）麻薬類を使用したことがありますか?　□ある　是　□ない　否
過去是否服用過麻藥類藥物?
（3）結核にかかったことがありますか?　□ある　是　□ない　否
過去是否患過結核?
（4）肝炎にかかったことがありますか?　□ある　是　□ない　否
過去是否患過肝炎?
（5）医師から血圧が高いと言われたことがありますか?　□ある　是　□ない　否
過去是否曾被醫生說過血壓高?
（6）医師から喘息と言われたことがありますか?　□ある　是　□ない　否
過去是否曾被醫生說過有哮喘?
（7）医師から糖尿病と言われたことがありますか?　□ある　是　□ない　否
過去是否曾被醫生說過有糖尿病?
（8）心疾患（心筋梗塞，狭心症等）の既往歴がありますか?　□ある　是　□ない　否
是否有心臟病（心肌梗塞，狹心症等）的病史?
（9）脳疾患（脳梗塞，脳出血等）の既往歴がありますか?　□ある　是　□ない　否
是否有腦疾病（腦梗塞，腦出血等）的病史?
（10）入院や手術をしたことがありますか?　□ある　是　□ない　否
過去是否住過院或做過手術?
時期（　年　月　日頃）病院名（　　）病名（　　）
時期（　年　月　日前後）醫院名稱（　　）疾病名稱（　　）
（11）薬・食べ物のアレルギーはありますか?　□ある　是　□ない　否
是否有藥物或食物過敏?
（12）宗教上食べてはいけない食べ物はありますか?　□ある　是　□ない　否
是否有宗教上不可食用的食物?

7　あなたの家族で以下の症状がある方はいますか?　それは誰ですか?　□ない　否
你有患以下症狀的家人嗎? 是誰?
□高血圧　□心疾患　□脳疾患　□糖尿病　（関係　　）
高血壓　心臟病　腦疾病　糖尿病　（與你的關係　　）

官用欄（朱書きで記載）					
身長	cm	体温	①	度	
体重	kg		②	度	
喫煙	有（1日　本）・無	血圧（脈拍）	①	／　（　）	
飲酒	有（1日　程度）・無		②	／　（　）	
引継薬:					