

事 務 連 絡

平成30年7月6日

入国者収容所首席入国警備官 殿
地方入国管理局首席入国警備官 殿
地方入国管理局支局首席入国警備官 殿

法務省入国管理局警備課法務専門官 徳井 一之

健康状態に関する質問書の訂正について

本年2月27日付け法務省管警第41号「健康状態に関する質問書の改正について（通知）」に関し、同通知に添付した質問書の一部に誤りがあることが判明したことから、別添のとおり訂正して入管WANに掲載しましたので、以後、訂正後の質問書を使用するよう願います。

なお、管下出張所に対しては、貴職から連絡願います。

添付物

- | | | |
|---|------------------------|----|
| 1 | 健康状態に関する質問書（ミャンマー語）訂正前 | 1部 |
| 2 | 健康状態に関する質問書（ミャンマー語）訂正後 | 1部 |
| 3 | 健康状態に関する質問書（ペルシャ語）訂正前 | 1部 |
| 4 | 健康状態に関する質問書（ペルシャ語）訂正後 | 1部 |

健康状態に関する質問書 (ミャンマー語)

国籍・地域
နိုင်ငံသား - ဒေသ
氏名
အမည်

年 月 日
ခုနှစ် လ ရက်
男 女
ကျား - မ
အသက် နှစ်

該当する□に✓印を入れてください。

သက်ဆိုင်သောနေရာရှိလေ့ထောက်ကွက် ၀ တွင်အမှန်ဖြစ်ပါသည်။

1 体のどこかに以下のような痛みがありますか？

ခန္ဓာကိုယ်ရှိတစ်နေရာတွင်နေထိုင်ပေကောင်းဖြစ်နေသည့်များရှိပါသလား။
□ある ရှိ □ない 無し → 質問4へ 参照してください

2 どのような症状ですか？ (上記1で「ある」に✓した人のみ)

မည်သို့သောရောဂါလက္ခဏာများစောရသနည်း။

(အသက်ပါးစေရန်မိတ် 1 တွင် [၅] နေရာတွင်အမှန်ဖြစ်သောသူများသာဖြည့်ရန်။)

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| □頭痛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □めづり辛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □ズキズキした (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □殴られたよう (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း |
| □胸が痛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □腕が痛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □ズキズキした (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □刺すよう (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း |
| □呼吸が苦しい (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □動悸がする (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □ズキズキした (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □背中が痛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း |
| □熱がある (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □咳が出る (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □ズキズキした (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □寝が痛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း |
| □息が苦しい (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □吐き気がする (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □ズキズキした (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □寝が痛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း |
| □下痢 (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □めまいがする (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □ズキズキした (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □寝が痛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း |
| □皮膚がかゆい (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □腫脹がある (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □ズキズキした (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □寝が痛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း |
| □その他 () | □その他 () | □ズキズキした (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း | □寝が痛い (□) ခေါက်ခတ်ခြင်း |

3 いつから症状がありますか？

မည်သည့်အချိန်မှတစ်ဆင့်ရောဂါလက္ခဏာများစောရသနည်း။ ()

4 3か月以内(二病歴)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 လအတွင်းဆေးကုသမှုခံယူခြင်းမရှိသည့်အတွက်မဖြစ်ပါ။
時期 (年 月 日頃) 病名 ()
アミノ酸 (年 月 日頃) 病名 ()

5 (女性の方のみ質問します。) (アミノ酸を服用している方のみ)

(1) 妊娠している可能性はありますか？ □ない 無し
□ある あり (妊娠 月)

(2) 最終月経日 (年 月 日頃)
月経不調 (年 月 日頃)

6 以下の質問に答えてください。

アミノ酸を服用している方のみ

- (1) 現在、服用している薬はありますか？ □ある あり □ない 無し
薬の種類 ()
- (2) 麻酔薬を使用したことがありますか？ □ある あり □ない 無し
麻酔薬の種類 ()
- (3) 結核にかかったことがありますか？ □ある あり □ない 無し
結核にかかった時期 ()
- (4) 肝炎にかかったことがありますか？ □ある あり □ない 無し
肝炎にかかった時期 ()
- (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 あり □ない 無し
血圧が高いと言われた時期 ()
- (6) 医師から「喘息」と言われたことがありますか？ □ある あり □ない 無し
喘息と言われた時期 ()
- (7) 医師から「糖尿病」と言われたことがありますか？ □ある あり □ない 無し
糖尿病と言われた時期 ()
- (8) 心疾患 (心筋梗塞、狭心症等) の既往歴がありますか？ □ある あり □ない 無し
心疾患の種類 ()
- (9) 脳疾患 (脳梗塞、脳出血等) の既往歴がありますか？ □ある あり □ない 無し
脳疾患の種類 ()
- (10) 入院や手術をしたことがありますか？ □ある あり □ない 無し
入院や手術の種類 ()

時期 (年 月 日頃) 病名 () 病名 ()
アミノ酸 (年 月 日頃) 病名 ()

7 あなたの家族で以下の症状がある方はいますか？ それはいずれですか？ □ない 無し
アレルギー性鼻炎 ()
喘息 ()
糖尿病 ()
心疾患 ()
脳疾患 ()
脳卒中 ()
高血圧 ()
肝疾患 ()
腎疾患 ()
膵臓病 ()
その他 ()

服用前 (検査前)			
身長	体重	血圧	尿糖
cm	kg	mmHg	陽性/陰性
測定	有 (1回) / 無 ()	測定	有 (1回) / 無 ()
飲酒	有 (1回) / 無 ()	程度	程度

健康状態に関する質問書 (ミャンマー語)
ကျန်းမာရေးအခြေအနေဆိုင်ရာမေးခွန်းများ

年 月 日
ခုနှစ် လ ရက်

男 女
ကျား - မ

氏 名
အမည်

年齢 歳
အသက် နှစ်

該当する□に✓印を入れてください。

သက်ဆိုင်သောနေရာရှိလေးထောင့်ကွက် ၈ တွင်အမှန်ဖြစ်သည်ပါ။

1 体のどこかに調子の悪いところがありますか？

ခန္ဓာကိုယ်ရှိတစ်နေရာရာတွင်နေထိုင်မကောင်းဖြစ်နေသည်များရှိပါသလား။

အား ရှိ နှစ်မရှိ - 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 [1] နေရာ၌အမှန်ဖြစ်ထားသူများသာဖြေဆိုရန်။)

- 頭が痛い (□) 頭がつかれるような ズキズキした 殴られたような
- ခေါင်းကိုက်ခြင်း (□) 頭がつかれるような ズキズキした 刺すような
- 腕が痛い (□) 腕がつかれるような ズキズキした 刺すような
- ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း (□) 頭がつかれるような ズキズキした 刺すような
- 呼吸が苦しい 胸が苦くなる 背が痛い 背中が痛い
- အသက်ရှူကျပ်ခြင်း နှလုံးခုန်မြန်ခြင်း လည်ပင်းနာခြင်း ကျောအောင့်ခြင်း
- 熱がある 咳が出る 喉が痛い 痰が出る
- ကိုယ်ပူခြင်း ရေငတ်ခြင်း လည်ချောင်းနာခြင်း ရွှံ့ထူခြင်း
- 鼻がまじり 吐気がする 胃が痛い 腹が痛い
- နာစေခြင်း ပျို့အန်ရင်သလိုဖြစ်ခြင်း ရိုက်အောင့်ခြင်း ခါနာခြင်း
- 便秘 下痢 မှုမ်းခြင်း 眠れない
- ဝမ်းချုပ်ခြင်း ဝမ်းလျှော့ခြင်း ခေါင်းမူးခြင်း အိပ်မပျော်ခြင်း
- 皮膚がかゆい 痒疹がある 歯が痛い しびれがある
- ယားယံခြင်း အဖုအပိတ်အနီကွက်ထခြင်း သွားကိုက်ခြင်း ထုံကျဉ်ခြင်း
- その他 追加 ()

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行ったことがある場合は病名等を記載してください。

3 လအတွင်းဆေးရုံသွားမှုပါကရောဂါအမည်သည်ကိုဖော်ပြပါ။

時期 (年 月 日頃) 病院名 () 病名 ()
အချိန်ကာလ (ခုနှစ် လ ရက်နေ့) 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 あり
ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ ရှိ あり (妊娠 月)
(月) (年) (日)

(2) 最終月経日 (年 月 日頃)
မွေးလာခဲ့သောနေ့ကိုဆိုလ (ခုနှစ် လ ရက်နေ့)

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 ない あり

လက်ရှိသောက်နေသောဆေးများရှိမရှိ။ ある ない あり

(2) 麻薬類を使用したことがありますか？ ある ない あり

မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲခြင်းရှိမရှိ။ ある ない あり

(3) 結核にかかったことがありますか？ ある ない あり

တီဘီရောဂါဖြစ်ခြင်းရှိမရှိ။ ある ない あり

(4) 肝炎にかかったことがありますか？ ある ない あり

အသည်းရောင်အသားဝါခြင်းဖြစ်ခြင်းရှိမရှိ။ ある ない あり

(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 ない あり

သွေးတိုးရိုသည်ဟုဆရာဝန်ထံမှပြောကြားခံရခြင်းရှိမရှိ။ ある ない あり

(6) 医師から喘息と言われたことがありますか？ ある ない あり

ပန်းနာရှိသည်ဟုဆရာဝန်ထံမှပြောကြားခံရခြင်းရှိမရှိ။ ある ない あり

(7) 医師から糖尿病と言われたことがありますか？ ある ない あり

ဆီးချိုရှိသည်ဟုဆရာဝန်ထံမှပြောကြားခံရခြင်းရှိမရှိ။ ある ない あり

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

နှလုံးရောဂါ (နှလုံးသွေးကြောပိတ်ခြင်း၊ ကျဉ်းခြင်း၊ နှလုံးစူးအောင့်ခြင်း) ရောဂါရောင်များရှိမရှိ။ ある ない あり

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

ဦးနှောက်ဆိုင်ရာရောဂါ (ဦးနှောက်သွေးကြောပိတ်ခြင်း၊ ဦးနှောက်သွေးကြောပေါက်လေခြင်း) ရောဂါရောင်များရှိမရှိ။ ある ない あり

(10) 入院や手術をしたことがありますか？ ある ない あり

ဆေးရုံထက်ဖူးခြင်းနှင့်ခွဲစိတ်ခံရခြင်းရှိမရှိ။ ある ない あり

時期 (年 月 日頃) 病院名 () 病名 ()

အချိန်ကာလ (ခုနှစ် လ ရက်နေ့) ဆေးရုံအမည် () ရောဂါအမည် ()

(11) 薬・食べ物アレルギーはありますか？ ある ない あり

ဓာတ်မတည့်သောဆေးဝါးနှင့်အစားအသောက်များရှိမရှိ။ ある ない あり

(12) 宗教上食べない食べ物がありますか？ ある ない あり

ဘာသာရေးအရရှောင်ထားသောအစားအသောက်များရှိမရှိ။ ある ない あり

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 あり

သင့်မိသားစုထဲတွင်အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာရှိသူများရှိပါသလား။ မည်သူဖြစ်သနည်း။

高血圧 糖尿病 心疾患 脳卒中 脳疾患 脳梗塞 脳出血 脳腫瘍 脳神経疾患 脳血管疾患 脳血管障害 脳血管性認知症 脳血管性痴呆 脳血管性失語症 脳血管性片麻痺 脳血管性顔面神経麻痺 脳血管性聴覚障害 脳血管性視覚障害 脳血管性平衡障害 脳血管性歩行障害 脳血管性排尿障害 脳血管性排便障害 脳血管性性機能障害 脳血管性睡眠障害 脳血管性頭痛 脳血管性めまい 脳血管性耳鳴 脳血管性嗅覚障害 脳血管性味覚障害 脳血管性言語障害 脳血管性学習障害 脳血管性記憶障害 脳血管性注意障害 脳血管性集中障害 脳血管性判断障害 脳血管性意思障害 脳血管性感情障害 脳血管性行動障害 脳血管性社会性障害 脳血管性職業障害 脳血管性学業障害 脳血管性生活障害 脳血管性健康障害 脳血管性寿命障害 脳血管性死亡障害

常用欄 (朱書きで記載)			
身長	cm	体温	(1) _____ 度 (2) _____ 度
体重	kg	血圧	(1) _____ (_____) (2) _____ (_____)
喫煙	有 (1日 _____ 本) - 無	脈拍	(1) _____ (_____) (2) _____ (_____)
飲酒	有 (1日 _____ 程度) - 無		
その他記載:			

健康状態に関する質問書
پرستشنامه در رابطه با وضعیت سلامتی

(ペルシヤ語)

年 月 日
روز ماه سال
男 女
مونث منکر
سال سن
ملیت منطقه
نام ونام خودگی

該当する□に✓印を入れてください。

1 体のどこかに調子の悪いところがありますか？

□ある □ない
بله خیر

2 どのような症状ですか？ (上記1で「ある」に✓した人のみ)

- علامت بیماریان چیست؟ (فقط افرادی که به پریش I > بله < علامت زده اند)
- 頭痛い □殴られたような (□しめつけられるような □ズキズキした □腫らしたような)
سر درد دارم (کوفتی/ضربه زدن تیر کشیدی حالتی که فشار می دهند)
□胸が痛い □刺すような (□しめつけられるような □ズキズキした □刺すような)
دردسینه دارم (فشرگی/فشارروی قفسه سینه) (فشرگی/فشارروی قفسه سینه)
□呼吸が苦しい □背中が痛い □背が痛い □背中が痛い
بدشواری نفس میکنم (تنفس قلب دردم گردن درد دارم پنجم دردمیکند)
□熱がある □咳が出る □喉が痛い □痰が出る
تب دارم (سرفه میکنم) (گلودرد دارم) (خلط سینه دارم)
□鼻つまり □吐気がする □胃が痛い □腰が痛い
گرفتگی بینی (حالت تهوع دارم) (درد مدهه دارم) (کمردرد دارم)
□便秘 □下痢 □めまいがする □眠れない
بیوست (اسهال) (سرگیجه دارم) (بی خوابی دارم)
□皮膚がかゆい □発疹がある □歯が痛い □しびれがある
خارش دارم (راش/جوش روی پوست دارم) (دندان درد دارم) (خواب رفتگی/گزگز)
□その他 () ()

3 いつから症状がありますか？

ازکی این علامت را دارید؟ ()
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。

در صورتیکه تا 3 ماه قبل جهت درمان به بیمارستانی مراجعه کرده اید لطفا نام بیمارستان را بنویسید.

時期 (年 月 日頃) 病院名 () 病名 ()
نام بیماری: نام بیمارستان:

5 女性の方のみ質問します。
5 女性の方のみ質問します。

(1) 妊娠している可能性はありますか？ □ない □ある (妊娠 か月)
احتمال حملگی وجود دارد؟ (حامله ماه)
(2) 最終月経日 (年 月 日頃)
آخرین تاریخ علت ماهانه (سال ماه روز تقریبی)

6 以下の質問に答えてください。

- (1) 現在、服用している薬はありますか？ □ある □ない
خیر بله
در حال حاضر دارو مصرف می کنید؟
(2) 麻薬類を使用したことがありますか？ □ある □ない
خیر بله
آیا تاحال دارو مصرف کرده اید؟
(3) 結核にかかったことがありますか？ □ある □ない
خیر بله
آیا سابقه ابتلا به بیماری سل را دارید؟
(4) 肝炎にかかったことがありますか？ □ある □ない
خیر بله
آیا سابقه ابتلا به بیماری التهاب کبدی (هپاتیت) را دارید؟
(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 □ない
خیر بله
آیا پزشک 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 □ない
خیر بله
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 □ない
خیر بله
آیا پزشک 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 □ない
خیر بله
آیا سابقه بیماری قلبی (مسکنه 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 □ない
خیر بله
آیا سابقه بیماری مغزی (مسکنه مغزی، خونریزی مغزی غیره) دارید؟
(10) 入院や手術をしたことがありますか？ □ある □ない
خیر بله
آیا سابقه بستری در بیمارستان و عمل جراحی دارید؟

時期 (年 月 日頃) 病院名 () 病名 ()
نام بیماری: نام بیمارستان: (年 月 日頃) (روز تقریبی) (سال)

(11) 薬・食物のアレルギーはありますか？ □ある □ない
خیر بله
آیا به دارو یا مواد خوراکی 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 □ない
خیر بله
از لحاظ دینی منع مواد خوراکی 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
در خانواده شما مشخصی هست که علامت زیر را داشته باشد؟ چه کسی است؟

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

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

健康状態に関する質問書
پرستشنامه در رابطه با وضعیت سلامتی

(ベルジャ語)

年 月 日
روز ماه سال
男 女
مونث مذکر
年齢 歳
سال سن
国籍・地域
منطقه . ملیت:
氏 名
نام ونام خانوادگی:
該当する□に✓印を入れてください。

1 体のどこかに調子の悪いところがありますか？
وضعیت حالتان را در □ مناسب ✓ بزنید.

□ある □ない
بله خیر
اها عضوی یا قسمتی از بدنتان بدحال میباشد؟
→ 質問 4へ
به برمش 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 > بله < علامت زده اند)

- 頭痛い □しめつけられるような □ズキズキした □破られたような
سر درد دارم (حالتی که فشار می دهند) تیر کشیدگی (کوفتی/ضربه زدن)
- 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
درد سینه دارم (اضردگی/فشار روی قفسه سینه) تیر کشیدگی (سوزن فرو کردن)
- 呼吸が苦しい □動悸がする □首が痛い □背中が痛い
بنشواری نفس میکند تپش قلب دارم گردن درد دارم پشتم درد میکند
- 熱がある □咳が出る □喉が痛い □痰が出る
تب دارم سرفه میکنم گلودرد دارم خلط سینه دارم
- 鼻づまり □吐気がある □胃が痛い □腰が痛い
گرفتگی بینی حالت تهوع دارم درد معده دارم کمردرد دارم
- 便秘 □下痢 □めまいがする □眠れない
یبوست اسهال سرگیجه دارم بی خوابی دارم
- 皮膚がかゆい □発疹がある □歯が痛い □しびれがある
خارش دارم راش/جوش روی پوست دارم دندان درد دارم خواب رفتگی/گزگز
- その他 () () () ()

3 いつから症状がありますか？
از کی این علائم را دارید؟ () ()

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。
در صورتیکه تا 3 ماه قبل، جهت درمان به بیمارستانی مراجعه کرده اید لطفاً نام بیمارستان را بنویسید.

時期 () 年 () 月 () 日 () 頃 () 病院名 ()
نام بیمارستانی: ()
نام بیماری: ()

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

- (1) 妊娠している可能性はありますか？
احتمال حملگی وجود دارد؟
□ない □ある (妊娠 月)
خیر (حامله) ماه)
- (2) 最終月経日 () 年 () 月 () 日 () 頃 ()
آخرین تاریخ عادت ماهانه () سال () ماه () روز تقریبی

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

- (1) 現在、服用している薬はありますか？
در حال حاضر دارو مصرف میکنید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()
- (2) 麻薬類を使用したことがありますか？
آیا تجلجول مواد مخدر مصرف کرده اید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()
- (3) 結核にかかったことがありますか？
آیا سابقه ابتلا به بیماری سل را دارید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()
- (4) 肝炎にかかったことがありますか？
آیا سابقه ابتلا به بیماری التهاب کبدی (هپاتیت) را دارید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()
- (5) 医師から血圧が高いと言われたことがありますか？
آیا پزشک به شما گفته است که فشار خونتان بالاست؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()
- (6) 医師から喘息と言われたことがありますか？
آیا پزشک به شما گفته است که نفس تنگی (اسم) دارید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()
- (7) 医師から糖尿病と言われたことがありますか？
آیا پزشک به شما گفته است که دیابت (مرض قند) دارید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()
- (8) 心疾患 (心筋梗塞，狭心症等) の既往歴がありますか？
خیر، آیا سابقه بیماری قلبی (سکته قلبی، انژیوگرافی غیره) دارید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()
- (9) 脳疾患 (脳梗塞，脳出血等) の既往歴がありますか？
آیا سابقه بیماری مغزی (سکته مغزی، خونریزی مغزی غیره) دارید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()
- (10) 入院や手術をしたことがありますか？
آیا سابقه بستری در بیمارستان و عمل جراحی دارید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()

時期 () 年 () 月 () 日 () 頃 () 病院名 () 病名 ()
نام بیماری: ()

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

(12) 宗教上食べてはいけない食べ物はありますか？
از لحاظ دینی منع مواد خوراکی دارید؟
□ある □ない 月 () 日 ()
خیر () بله ()

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？
در خانواده شما شخصی هست که علائم زیر را داشته باشد؟ چه کسی است؟

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

官用欄 (朱書きで記載)			
身長	cm	体温	℃
体重	kg		℃
喫煙	有 (1日 本)・無	血圧	mmHg
飲酒	有 (1日 杯)・無	(脈拍)	回/分
引継紙:			