

No.

2013年1月改

健康診断問診票（英語）
Medical Consultation Form (English)

Date 相談日：Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日 _____

Name 名前： _____

Age 年齢： _____

Birth Date 生年月日：Y _____ /M _____ /D _____

Type of Occupation 職業： _____

Nationality 国籍： _____

Number of years of Japanese residence 在日年数： _____ Year(s)

Medical insurance 健康保険：

Yes, I have 有・ No, I don't have 無

How did you know this Medical Consultation? 相談会をどうやって知りましたか？

Sex 性別： Male 男 Female 女

Nurse's name 問診担当看護師： _____

1. Have you had a medical examination before? これまでに、健康診断を受けたことがありますか。

Yes ある No ない



1-1. When and where was the last time you had the medical examination?

最後に健康診断を受けたのは、いつ、どこでしたか？

Year 年 _____ Month 月 _____ Place 場所： _____

2. Tell us your purpose of medical consultation (medical problem, how long do you have this problem? etc.)

本日の相談内容を教えてください。(相談の目的、症状、いつから続いているのか、など)

Symptoms 体に関する症状

Pain 体の痛み (where 部位： _____)

Stiffness 体の凝り (Where 部位： _____)

Edema むくみ (where 部位： _____)

Itch かゆみ (Where 部位： _____)

Rash 発疹 (Where 部位： _____)

Eye strain 眼の疲れ

Angina pectoris 胸がしめつけられる

Chest pain 胸痛

Palpitations 動悸

Shoulder stiffness/pain 肩こり・肩の痛み

Dizziness たちくらみ

Insomnia 不眠

Mood swings 気分不安定

Bad breath 口臭

Lethargy 身体がだるい

Fatigue (due to overwork, etc) 疲労

Tiring easily 疲れやすい

Weight gain/loss 体重の増減

Obstetric and gynecological disorder symptoms 産科婦人科疾患に関する症状

Other その他 (_____)

3. Are you currently receiving medical treatment? 現在、病気で受診していますか。

Yes ある No ない



3.1 Tell us your medical problem. 病名・症状 (_____)

3.2 When did you start the treatment for this medical problem? いつごろから? Year _____ 年 Month _____ 月

4. Do you take any medication? 定期的に飲んでいる薬がありますか?

Yes ある No ない



4.1 What medicine do you take? どんな薬ですか (_____)

5. We ask your medical history. Choose following illnesses if you have had before.

既往歴についてお聞きします。これまでになった病気で以下にあてはまるものがあれば選んでください。

- Tuberculosis 結核 Stroke 脳卒中 Heart disease 心臓病 Diabetes 糖尿病 Cancer がん
 Kidney disease 腎臓病 Anemia 貧血 Surgery 手術 Other その他()
 No, I have not had any illness written above. いずれの病気もなったことはない

6. Have your parents, brothers/sisters and grandparents had any illnesses?

あなたの両親、兄弟姉妹、祖父母で次の病気をした人がありますか。

- hypertension 高血圧 Kidney disease 腎臓病 Heart disease 心臓病 Liver cirrhosis 肝硬変 Cancer がん
 Stroke 脳卒中 Hepatitis 肝炎 Diabetes 糖尿病 Anemia 貧血 Other その他()
 No, they have not had any illness written above. いずれの病気もなったことはない

We ask you about your life style. 生活習慣についておたずねします。

7. What did you eat yesterday? 昨日の食事内容を教えてください。

Breakfast 朝食: _____

Lunch 昼食: _____

Dinner 夕食: _____ Times a day (食事回数/1日)

Snack おやつ等その他食事: _____ Times a day (おやつ回数/1日)

8. Currently do you smoke cigarettes? 現在タバコを吸いますか? Yes 吸う (下の質問へ) No 吸わない (9へ)

I smoke _____ Cigarette(s) a day (喫煙本数/1日)

I started to smoke from _____ years old till _____ years old. 何歳から吸いはじめ、何歳まで吸う

Smoking index _____ = _____ Cigarette(s) a day X _____ Years of smoking

喫煙指数 = 1日の喫煙本数 × 喫煙年数

*** Smoking index Over 400 = High risk of lung cancer (喫煙指数 400以上: 肺がんが発生しやすい) ***

9. Do you drink alcohol? お酒を飲みますか? Yes 飲む (下の質問へ) No 飲まない (10へ)

9-1. What type of Alcohol do you drink? アルコール類は? (_____)

9-2. Amount of drinking when you have 1回の飲酒量:

Increasing 増えている・ No change 変わらない・ Decreasing 減っている

9-3. How many days a week do you drink? _____ Day(s) a week (飲酒日数/週)

10. Do you do exercise more than 30 minutes a day? 運動を1日30分以上していますか?

Yes 運動する → 10-1. How many days a week do you do exercise? 1週間ご何日運動しますか? _____ Days 日

No 運動しない

10-2. How long do you walk a day? 1日の歩く時間は?

Less than 30 minutes 30分未満

More than 30 minutes and less than 1 hour 30分以上 1時間未満

More than 1 hour 1時間以上

11. Do you have any allergies to food, medicine, etc.? 薬や食べ物などでアレルギーになったことがありますか?

Yes ある (下の質問へ) No ない (次のページへ)

11-1. What types of allergy do you have (e.g. asthma, bee sting, food, etc)? _____

どんなものにアレルギーがありますか? (ぜんそく、はち刺され、食べ物など)

Height 身長(_____ cm)

Weight 体重(_____ kg)

BMI(_____) *Normal BMI 22, BMI 22~25 標準 BMI22, 正常 BMI 22~25

Body temperature 体温(_____ °C)

Pulse rate 脈 (_____) / minute 分

Blood Pressure 血圧(_____ / _____) mmHg *Normal Blood Pressure is under 139/under 89 mmHg

*WHO 正常血圧：140 未満 / 90 未満 mmHg

Urinalysis 検尿:

Protein 蛋白(- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++) Sugar 糖(- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)

Occult blood 潜血 (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)

先生方へ ~ 相談時の所見などの記入をお願いします。

Doctor's name 担当医師名: _____

【相談内容・訴え】

【所見(疑われる疾患など)】

【対応】

 異常なし Normal 受診の勧め To see a specialist is recommended. 経過観察 A routine follow-up is recommended. 医療機関紹介 (紹介状なし)

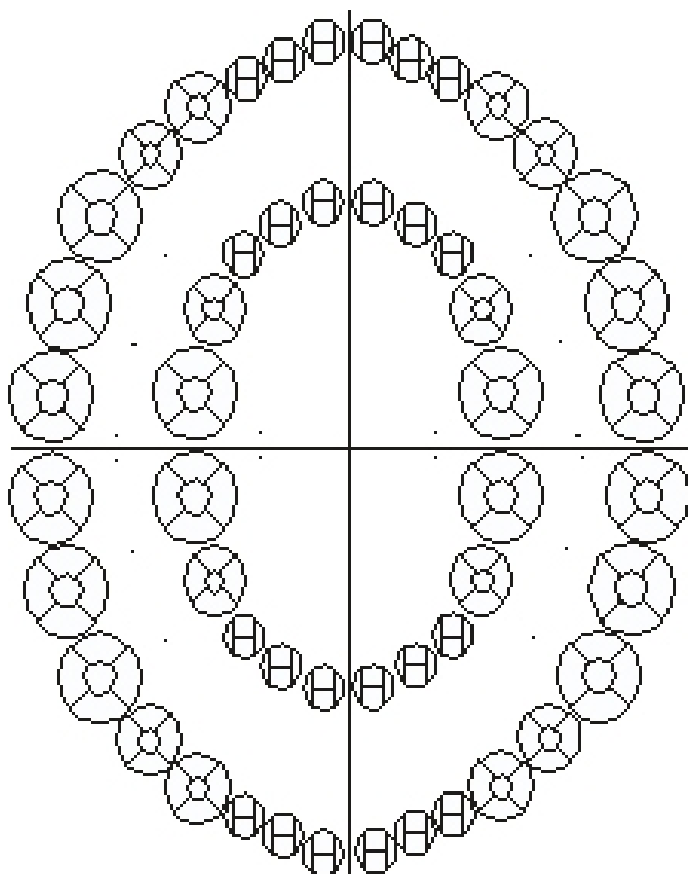
Introduce a hospital (No medical referral letter)

 医療機関紹介 (紹介状あり)

Introduce a hospital (WITH a medical referral letter)

 薬局 Introduce a medicine sold at drug store. 通院中 Currently on medical treatment 食事指導 Dietary instruction 運動指導 Exercise instruction 生活指導 Lifestyle instruction その他 Others

(_____)



【所見】

喪失歯 Missing tooth (teeth)

-----+-----

未処置歯（う蝕歯含む）

Untreated tooth (teeth)(Cavity etc.)

-----+-----

処置歯 Treated tooth (teeth)

-----+-----

歯周炎（歯肉炎） Periodontitis(Gingivitis)

軽 Slight 中 Moderate 重 Severe

プラーク Dental plaque :

多い Plenty · 少ない Little · なし None

歯石 Calculus :

多い Plenty · 少ない Little · なし None

先生方へ ～ 相談時の所見などの記入をお願いします。

Dentist's name 担当歯科医師名: _____

【相談内容・訴え】

Do you have some pains or symptoms in your teeth? 歯に関する症状はありますか？

- Tooth Pain 歯の痛み Bleeding 出血 Pain in gums 歯ぐきの痛み
- Sensitivity しみる Loose tooth 歯が動く Pain in joint あごの痛み
- Other その他 (_____)
- No, I do not have any dental problems. とくになし
- I would like to have Dental Check. 歯科検診を希望します。

【説明内容】

- No problems 異常なし
- Caries 虫歯
- To go to a dental clinic is recommended.
歯科受診のすすめ
- Tooth brushing instruction
歯みがき指導
- Observation 経過観察
- Introduce a hospital (No medical referral letter)
医療機関の紹介（紹介状なし）
- Introduce a hospital (WITH letter)
医療機関の紹介（紹介状あり）
- 薬局 Introduce a medicine sold at drug store.

NPO 外国人医療センター
NPO Medical Information Center Aichi〒450-0003 名古屋市中村区名駅南 2-11-43
日商ビル 2F NPO STATION

TEL&FAX: 052-588-7040 (火・木・土 13:00~17:00)

E-mail: mica@r6.dion.ne.jp

URL: http://npomica.jimdo.com/