



多言語診療ツール Vol.1【問診編】

英 語 (English)

中 国 語 (中文)

韓 国 語 (한국어)

スペイン語 (Español)



千葉市医師会

ご挨拶

急速な社会のグローバル化が進む中、在日外国人や訪日外国人の方々も年々増加しており、外国人の診療にあたる機会が年々増えてきました。外国語への対応、それも英語以外の言語への対応に苦慮した経験がおありになる会員の先生方も少なくないと思われます。特に千葉市は首都東京にも近く、国際空港や港を抱える千葉県の中心であり、国際都市として外国人への対応の必要性は高く、また 2020 年には東京オリンピックの開催が決定しており、観光も含めた訪日外国人の診療の機会がさらに増えることが予想されます。

このたび千葉市医師会は、会員の日常診療での多言語に対する対応として「多言語問診票」を福祉部より発刊することとなりました。

会員の先生方における、グローバル社会での外国人診療の一助となれば幸いです。

千葉市医師会会長 入江 康文

目 次

(診療科目は五十音順)

●診療申込票	
・英 語 (英)	3-4
・中 国 語 (中)	5-6
・韓 国 語 (韓)	7-8
・スペイン語 (ス)	9-10
●眼科問診票	
・英 語 (英)	11
・中 国 語 (中)	12
・韓 国 語 (韓)	13
・スペイン語 (ス)	14
●外科問診票	
・英 語 (英)	15
・中 国 語 (中)	16
・韓 国 語 (韓)	17
・スペイン語 (ス)	18
●産婦人科問診票	
・英 語 (英)	19
・中 国 語 (中)	20
・韓 国 語 (韓)	21
・スペイン語 (ス)	22
●耳鼻科問診票	
・英 語 (英)	23
・中 国 語 (中)	24
・韓 国 語 (韓)	25
・スペイン語 (ス)	26
●小児科問診票	
・英 語 (英)	27
・中 国 語 (中)	28
・韓 国 語 (韓)	29
・スペイン語 (ス)	30

●整形外科問診票	
・英 語 (英)	31
・中 国 語 (中)	32
・韓 国 語 (韓)	33
・スペイン語 (ス)	34
●精神科問診票	
・英 語 (英)	35
・中 国 語 (中)	36
・韓 国 語 (韓)	37
・スペイン語 (ス)	38
●内科問診票	
・英 語 (英)	39-40
・中 国 語 (中)	41-42
・韓 国 語 (韓)	43-44
・スペイン語 (ス)	45-46
●皮膚科問診票	
・英 語 (英)	47
・中 国 語 (中)	48
・韓 国 語 (韓)	49
・スペイン語 (ス)	50
●付 録 1	51
●付 録 2	
・英 語 (英)	52
・中 国 語 (中)	53
・韓 国 語 (韓)	54
・スペイン語 (ス)	55

■ 本書の使い方について

本書は診療申込票（総合的な申込み項目で作成されております）以下、問診票はすべて各科毎に日本語表記の後、英語（英）、中国語（中）、韓国語（韓）、スペイン語（ス）の順番に構成されております。

転載は承認致しますので、必要に応じコピーをしてご使用下さい。

ご使用については自己責任でお願い致します。

Patient Application Form

診療申込票

Please check the appropriate boxes.

あてはまるものに✓をつけて下さい。

Name:

氏名 :

Sex: Male Female

性別 : 男 女

Date of Birth:

生年月日 :

Nationality:

国籍 :

Present address (place of stay):

現在の住所 (滞在場所) :

Phone number:

電話番号 :

Do you understand Japanese? Yes Yes, but a little No

日本語について :

解る

少しだけなら解る

解らない

Do you have Japanese health insurance?

日本の健康保険証 :

Yes -> Please present your insurance certificate.

有 →見せて下さい

No -> Do you have any ID? Yes -> Please present it.

無 →身分証明書 (ID) :

有 →見せて下さい

No

無

If you do not have health insurance, you will have to pay between _____ and _____ yen for your initial consultation (medication not included).

保険を使わない場合、初回の診察費は _____ ~ _____ 円 (薬代別) です。

You may be charged more depending on the treatments and/or examinations you receive.

検査や治療の内容によってはこの費用に収まらない場合もあります。

You can pay full amount.

全額支払える

The maximum amount you can pay: _____ yen

_____ 円まで支払える

Do you have your prescription record form issued in Japan?

日本の薬手帳 :

Yes -> Please present it.

有 →見せて下さい

No

無

诊疗申请表

診療申込票

请选择并打☐

あてはまるものに✓をつけて下さい。

姓名:
氏名 :

性別:
性別 :

男 女
男 女

生日:
生年月日 :

国籍:
国籍 :

现住所（住宿地址）:
現在の住所（滞在場所） :

电话号码:
電話番号 :

懂不懂日语:
日本語について :

懂
解る

懂一点
少しだけなら解る

不懂
解らない

日本健康保险卡:
日本の健康保険証 :

有
有

-> 请出示
→見せて下さい

无
無

-> 身份 (ID) :
→身分証明書 (ID) :

有
有

-> 请出示
→見せて下さい

无
無

如果不使用保险，初诊费用为_____~_____日元（不含药费）。

保険を使わない場合、初回の診察費は_____ ~ _____ 円（薬代別）です。

根据检查和治疗的内容，可能会超出这个费用。

検査や治療の内容によってはこの費用に収まらない場合もあります。

可以全额支付
全額支払える

只能支付_____日元
_____円まで支払える

日本的用药记录本:
日本の薬手帳 :

有
有

-> 请出示
→見せて下さい

无
無

就诊目的: 治疗症状
受診目的 症状に対する治療

对治疗中的疾病进行治疗
治療中の病気に対する治療

希望检查
検査希望

想要诊断证明
診断書希望

预防接种
予防接種

今天为什么来?
今日はどうしてきましたか?

发烧
熱

疼痛
痛い

外伤
けが

痛苦
苦しい

不舒服
気持ちが悪い

心理性
精神的

其他
その他

过敏: 药物
アレルギー 薬物

有 ->
有 →

解热镇痛类药物
ビリン系薬剤

阿司匹林
アスピリン

抗生物质
抗生物質

局部麻醉
局所麻酔

其他
その他

无
無

食物
食物

有 ->
有 →

蛋
卵

牛奶
牛乳

其他
その他

无
無

现在妊娠:
現在の妊娠

有 ->
有 →

____ 个月
ヶ月

无
無

不清楚
不明

现在哺乳:
現在の授乳

有
有

无
無

吸烟:
喫煙

有
有

_____ 支/日 年
本/日 年

无
無

身长、体重:
身長/体重

_____ cm
c m

_____ kg
k g

既往史:
既往歴

糖尿病
糖尿病

高血压
高血圧

心脏病
心臓病

肝脏病
肝臓病

肾脏病
腎臓病

哮喘
喘息

结核
結核

癫痫
てんかん

癌症
癌

胃炎、胃溃疡
胃炎・胃潰瘍

前列腺肥大症
前立腺肥大症

青光眼
緑内障

白内障
白内障

甲状腺疾病
甲状腺疾患

精神科疾病
精神科疾患

传染病
伝染病

其他
その他

正在服用的治疗药物:
内服中の治療薬

有 ->
有 →

信息或者药物
情報または実薬

有 请出示
有 → 見せて下さい

无
無

无
無

진료 신청표

診療申込票

해당하는 것에 표시 하십시오.
 あてはまるものに✓をつけて下さい。

이름:
 氏名 :

성별: 남 여
 性別 : 男 女

생년월일:
 生年月日 :

국적:
 国籍 :

현주소 (체류 장소):
 現在の住所 (滞在場所) :

전화번호:
 電話番号 :

일본어에 대해: 할 수 있다 조금 할 수 있다 모른다
 日本語について : 解る 少しだけなら解る 解らない

일본의 건강보험증: 있다 -> 보여 주십시오
 日本の健康保険証 : 有 →見せて下さい

없다 -> 신분증명서(ID): 있다 -> 보여 주십시오
 無 →身分証明書 (ID) : 有 →見せて下さい

없다
 無

보험이 적용되지 않는 경우, 처음 진료비는 _____ ~ _____ 엔(약제비
 保険を使わない場合、初回の診察費は _____ ~ _____ 円 (薬代別) です。

별도)입니다.

검사 또는 치료 내용에 따라서는 위 비용을 초과할 수 있습니다.
 検査や治療の内容によってはこの費用に収まらない場合もあります。

전액 지급할 수 있다 _____ 엔까지 지급할 수 있다
 全額支払える _____ 円まで支払える

일본의 약수첩:
 日本の薬手帳 :

있다 -> 보여 주십시오 없다
 有 →見せて下さい 無

- 진료 목적: 증상에 대한 치료
受診目的 症状に対する治療
- 치료 중인 질병에 대한 치료
治療中の病気に対する治療
- 검사 희망 진단서 희망 예방접종
検査希望 診断書希望 予防接種

오늘 내원하신 이유는 무엇입니까?
今日はどうしてきましたか?

- 열 통증 상처 괴롭다 메스껍다
熱 痛い けが 苦しい 気持ちが悪い
- 정신적 기타
精神的 その他

- 알레르기: 약물 있다 -> 피린계 약제 아스피린
アレルギー 薬物 有 → ピリン系薬剤 アスピリン
- 항생물질 국소마취 기타
抗生物質 局所麻酔 その他

없다
無

- :음식물 있다 -> 달걀 우유 기타
食物 有 → 卵 牛乳 その他

없다
無

현재 임신 여부: 했다 -> _____개월 안 했다 모르겠다
現在の妊娠 有 → ヶ月 無 不明

현재 수유 여부: 한다 안 한다
現在の授乳 有 無

흡연: 흡연 _____개비/일 _____년 비흡연
喫煙 有 本/日 年 無

신장·체중: _____cm, _____kg
身長/体重 c m k g

과거 병력: 당뇨병 고혈압 심장병 간장병 신장병
既往歴 糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病

천식 결핵 뇌전증 암 위염·위궤양
喘息 結核 てんかん 癌 胃炎・胃潰瘍

전립선 비대증 녹내장 백내장 갑상선 질환
前立腺肥大症 緑内障 白内障 甲状腺疾患

정신과 질환 전염병 기타
精神科疾患 伝染病 その他

복용 중인 치료약: 있다 -> 정보 또는 실제 약 있다 -> 보여 주십시오
内服中の治療薬 有 → 情報または実薬 有 → 見せて下さい

없다 없다
無 無

Solicitud de Consulta Médica

診療申込票

Favor de tachar la opción apropiada y rellenar todos los espacios en blanco.

あてはまるものに✓をつけて下さい。

Nombre y Apellidos

氏名 :

Sexo: Hombre Mujer

性別 : 男 女

Fecha de nacimiento:

生年月日 :

Nacionalidad

国籍 :

Domicilio Actual (Lugar de Estancia)

現在の住所 (滞在場所) :

Teléfono

電話番号 :

Sobre su japonés:

日本語について :

Entiendo

解る

Entiendo un poco

少しだけなら解る

No entiendo

解らない

¿Tiene alguna tarjeta de seguro médico en japonés?:

日本の健康保険証 :

Sí -> Muéstresela al doctor o profesional de salud.

有 →見せて下さい

No ¿Tiene alguna identificación?

無 →身分証明書 (ID) :

Sí -> Muéstresela al doctor o profesional.

有 →見せて下さい

No

無

Si no aplica ningún seguro médico, los gastos de la primera consulta serán:

entre _____ y _____ yenes. (Medicamentos aparte)

保険を使わない場合、初回の診察費は _____ ~ _____ 円 (薬代別) です。

Según el contenido del examen o tratamiento, los gastos podrían ser más altos que lo anterior.

検査や治療の内容によってはこの費用に収まらない場合もあります。

Puedo pagar todo.

全額支払える

Puedo pagar hasta _____ yenes.

_____ 円まで支払える

¿Tiene la libreta de medicamentos de Japón?

日本の薬手帳 :

Sí. -> Muéstresela al doctor o profesional.

有 →見せて下さい

No.

無

Motivo de la Consulta

受診目的

 Tratamiento de los síntomas

症状に対する治療

 Tratamiento de la enfermedad en tratamiento

治療中の病気に対する治療

Vengo para:

 Examen

検査希望

 Certificado Médico

診断書希望

 Vacunación

予防接種

¿Qué le ha pasado?

今日はどうしてきましたか?

 Fiebre

熱

 Dolor

痛い

 Lesión

けが

 Sufrimiento

苦しい

 Se siente mal.

気持ちが悪い

 De salud mental

精神的

 Otros

その他

¿Tiene alergia de medicamentos?

アレルギー

薬物

 Sí, tengo.

有 →

 Pirazonas

ピリン系薬剤

 Aspirinas

アスピリン

 Antibiótico

抗生物質

 Anestesia local

局所麻酔

 Otros

その他

 No, no tengo.

無

¿Tiene alergia de alimentos?

アレルギー

食物

 Sí, tengo.

有 →

 Huevo

卵

 Leche

牛乳

 Otros

その他

 No, no tengo.

無

¿Está embarazada?

現在の妊娠

 Sí.

有 →

_____ meses de gestación

ヶ月

 No.

無

 No lo sé.

不明

¿Está usted amamantando a un bebé?

現在の授乳

 Sí.

有

 No.

無

¿Fuma usted?

喫煙

 Sí.

有

_____ cigarrillos/día x _____ años

本/日

年

 No.

無

Estatura y peso:

身長 / 体重

_____ cm,

cm

_____ kg.

kg

Enfermedades padecidas:

既往歴

 Diabetes

糖尿病

 Hipertensión

高血圧

 Enfermedad cardiaca

心臓病

 Mal de hígado

肝臓病

 Enfermedad renal

腎臓病

 Asma

喘息

 Tuberculosis

結核

 Epilepsia

てんかん

 Cáncer

癌

 Gastritis y úlcera gástrica

胃炎・胃潰瘍

 Hiperplasia benigna de próstata

前立腺肥大症

 Glaucoma

緑内障

 Catarata

白内障

 Enfermedad de la tiroides

甲状腺疾患

 Enfermedades psiquiátricas

精神科疾患

 Enfermedad infecciosa

伝染病

 Otros

その他

¿Está tomando algún medicamento?

内服中の治療薬

 Sí. -> Diga qué medicamento y si lo tiene, muéstrello.

有 → 情報または実薬

 Sí, lo tengo. -> Muéstrello.

有 → 見せて下さい

 No.

無

 No, no lo tengo.

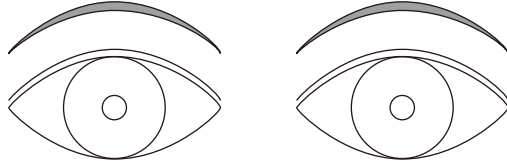
無

Medical Questionnaire (Ophthalmology)

眼科問診票

1 Which eye are you having problems with? あなたの具合の悪い眼はどちらですか?

- Right eye Left eye Both eyes
右眼 左眼 両眼



2 When did the problems start? いつ頃からですか?

() Today, () days ago, () weeks ago, () months ago, () years ago
今日から、 日前から、 週間前から、 月前から、 年前から

3 What problems are you having? どのように具合悪いですか?

- Swollen eyelid Lump in eyelid Rash on eyelid
瞼(まぶた)が腫れている 瞼にしこりがある 瞼に発疹がある
 Droopy eyelid
瞼が下がっている

- Itchy eyes Eye pain Red eyes Foreign body sensation
目がかゆい 目が痛い 白目が赤い ゴロゴロする

- Dust in the eye Tearing Eye discharge White area in the pupil
ゴミが入った 涙が出る 目やにが出る 黒目に白い物がある

- Sensitivity to light Decreasing of vision Blurry vision
まぶしい 目が見えなくなってきた 物がよく見えない

- Double vision Dizziness Eyestrain Difficulty seeing up close
二重に見える めまいがする 疲れる 手元が見つらい

- Eye flashes Floaters in vision Seek removal of inverted eyelashes
目がチカチカする 黒い点や線などが見える 逆さまつげを抜いて欲しい

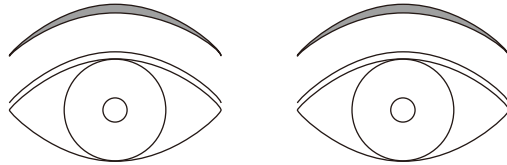
- Screening for cataract Screening for glaucoma Fundoscopy
白内障検査 緑内障検査 眼底検査

- Visual field defects Need prescription for glasses Need prescription for contacts
視野が欠けている メガネを作りたい コンタクトレンズを作りたい

眼科问诊表

眼科問診票

1. 你哪只眼睛不好? 右眼 左眼 双眼
 あなたの具合の悪い眼はどちらですか? 右眼 左眼 両眼



2. 从什么时候开始的? いつ頃からですか?

今天 ()天前 ()周前 ()月前 ()年前
 今日から、 日前から、 週間前から、 月前から、 年前から

3. 怎么不好? どのように具合悪いですか?

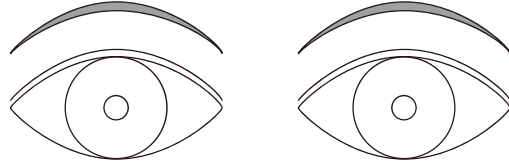
- 眼睑浮肿 眼睑有硬结 眼睑有皮疹
 睑(まぶた)が腫れている 睑にしこりがある 睑に発疹がある
- 眼睑下垂
 睑が下がっている
- 眼睛发痒 眼睛疼痛 白眼球发红 眼内有异物感
 目がかゆい 目が痛い 白目が赤い ゴロゴロする
- 异物进入 流泪 眼屎多 瞳孔上有白色物体
 ゴミが入った 涙が出る 目やにが出る 黒目に白い物がある
- 羞光 眼睛看不见了 视物不清
 まぶしい 目が見えなくなってきた 物がよく見えない
- 复视 眩晕 眼睛疲劳 近处看不清
 二重に見える めまいがする 疲れる 手元が見づらい
- 刺眼感 能看到黑点及线 想拔除倒睫
 目がチカチカする 黒い点や線などが見える 逆さまつげを抜いて欲しい
- 白内障检查 青光眼检查 眼底检查
 白内障検査 緑内障検査 眼底検査
- 视野缺失 想配眼镜 想配隐形眼镜
 視野が欠けている メガネを作りたい コンタクトレンズを作りたい

안과 문진표

眼科問診票

1 귀하의 눈 중에서 상태가 나쁜 눈은 어느 쪽입니까? あなたの具合の悪い眼はどちらですか?

- 오른쪽 눈 왼쪽 눈 양쪽 다
右眼 左眼 両眼



2 대략 언제부터입니까? いつ頃からですか?

- () 오늘부터, () 일 전부터, () 주일 전부터, () 달 전부터, () 년 전부터
今日から、 日前から、 週間前から、 月前から、 年前から

3 어떤 식으로 상태가 나쁩니까?どのように具合悪いですか?

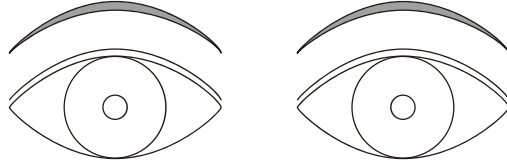
- 눈꺼풀이 부어 있다 눈꺼풀에 응어리가 있다 눈꺼풀에 발진이 있다
瞼(まぶた)が腫れている 瞼にしこりがある 瞼に発疹がある
- 눈꺼풀이 내려앉는다
瞼が下がっている
- 눈이 가렵다 눈이 아프다 흰자위가 빨갱다 눈에 이물감이 느껴진다
目がかゆい 目が痛い 白目が赤い ゴロゴロする
- 먼지가 들어갔다 눈물이 나온다 눈곱이 생긴다 검은자위에 하얀 것이 있다
ゴミが入った 涙が出る 目やにが出る 黒目に白い物がある
- 눈이 부시다 눈이 잘 안 보이게 됐다 사물이 잘 안 보인다
まぶしい 目が見えなくなってきた 物がよく見えない
- 사물이 두 개로 보인다 현기증이 난다 눈이 피로하다 주변이 잘 안 보인다
二重に見える めまいがする 疲れる 手元が見づらい
- 눈이 따끔거린다 검은 점이나 선 등이 보인다 안쪽으로 난 속눈썹을 뽑고 싶다
目がチカチカする 黒い点や線などが見える 逆さまつげを抜いて欲しい
- 백내장 검사 녹내장 검사 안저 검사
白内障検査 緑内障検査 眼底検査
- 시야에 결손 부분이 있다 안경을 맞추고 싶다 콘택트렌즈를 맞추고 싶다
視野が欠けている メガネを作りたい コンタクトレンズを作りたい

Cuestionario de Oftalmología

眼科問診票

1. ¿Qué le ha pasado y cuál de sus ojos tiene problema? あなたの具合の悪い眼はどちらですか？

- ojo derecho ojo izquierdo ambos ojos
右眼 左眼 両眼



2. ¿Desde cuándo tiene usted ese problema ocular? いつ頃からですか？

- Desde hoy Desde hace () días Desde hace () semanas
今日から、 日前から、 週間前から
 Desde hace () meses Desde hace () años
月前から、 年前から

3. ¿Cómo es su problema de ojos? どのように具合悪いですか？

- Hinchazón de párpados Hay un bulto en el párpado. Erupción de párpado
瞼(まぶた)が腫れている 瞼にしこりがある 瞼に発疹がある
- Tengo párpados bajados.
瞼が下がっている
- Picazón Dolor Blanco del ojo rojo. Siente como si tuviera arena en los ojos.
目がかゆい 目が痛い 白目が赤い ゴロゴロする
- Me ha entrado algo en el ojo. Lágrimas abundantes Secreción de ojos
ゴミが入った 涙が出る 目やにが出る
- Hay algo blanco en pupila.
黒目に白い物がある
- Deslumbre por la luz Siente dificultad de ver No veo con nitidez.
まぶしい 目が見えなくなってきた 物がよく見えない
- Visión doble Tengo mareo. Se cansa. Dificultad para ver de cerca
二重に見える めまいがする 疲れる 手元が見づらい
- Tengo irritados los ojos. Veo líneas, puntos, etc. negros. Triquiasis
目がチカチカする 黒い点や線などが見える 逆さまつげを抜いて欲しい
- Examen de cataratas Examen de glaucoma Examen del fondo de ojo
白内障検査 緑内障検査 眼底検査
- Tengo defectos en el campo visual. Quiero hacer gafas / anteojos.
視野が欠けている メガネを作りたい
- Quiero hacer lentes de contacto.
コンタクトレンズを作りたい

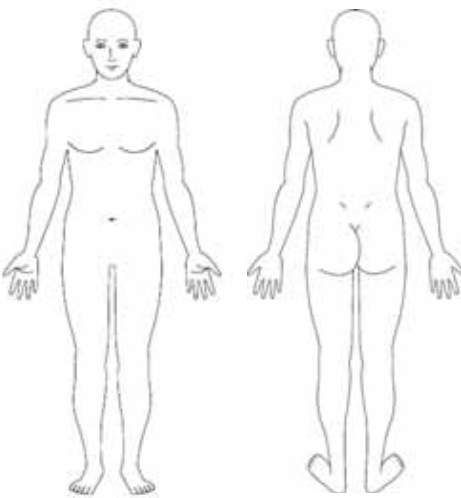
Medical Questionnaire (Surgery)

外科問診票

What problems are you having now? どうしましたか？

- Trauma 外傷
 Bruise 打撲
 Swelling 腫脹
 Lump 腫瘍
 Burns 火傷
 Pain 痛い
 Tingling 刺すように
 Tenderness 圧迫感
 Throbbing ずきずき
 Soreness ひりひりする
 Dull pain 鈍痛
 Intermittent pain 時々痛い

Please mark the areas where you are experiencing symptoms.
 症状のある場所に✓マークを着けて下さい。



When did the symptoms start? 症状はいつからですか？

- Approximately およそ
 hours ago 時間前
 days ago 日前
 months ago 月前
 Quite a while ago 以前から

Do you have a fever? _____ °C
 熱はありますか？ °C

外科问诊表

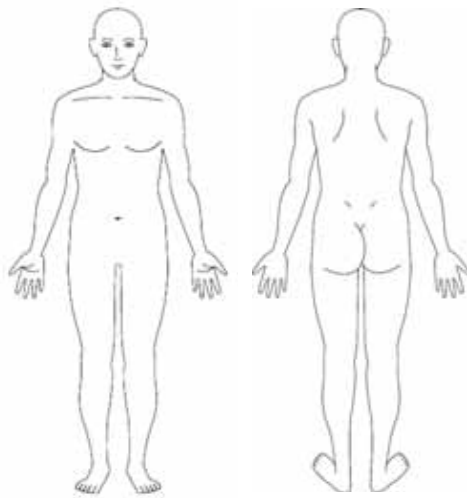
外科問診票

症状： どうしましたか？

- 外伤 跌打 肿胀 肿瘤 烧伤
- 外傷 打撲 腫脹 腫瘍 火傷
- 疼痛
- 痛い
- (剧痛 有压迫感 跳痛 刺痛 闷痛 阵痛)
- 刺すように 圧迫感 ずきずき ひりひりする 鈍痛 時々痛い

请在下图中将发病部位用✓标记出来。

症状のある場所に✓マークを着けて下さい。



发病开始时期： 症状はいつからですか？

- 约 ____ 小时前 ____ 天前 ____ 月前
- およそ 時間前 日前 月前
- 从以前开始
- 以前から

是否有发烧症状 _____℃
熱はありますか？ ℃

外科(中)

외과 문진표

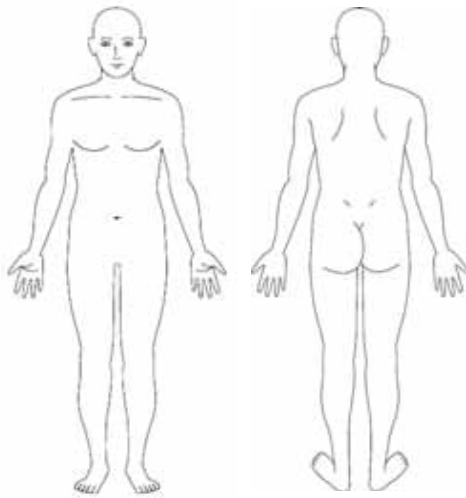
外科問診票

내원하신 이유는 무엇입니까? どうしましたか?

- 외상 (외상) 타박상 (打撲) 종창 (腫脹) 종양 (腫瘍) 화상 (火傷)
통증 (痛い)
찌르는 듯한 통증 (刺すように) 압박감 (圧迫感) 욱신거림 (ずきずき) 따끔거림 (ひりひりする) 둔통 (鈍痛) 가끔씩 아픔 (時々痛い)

증상이 있는 부위에 ✓ 표시 하십시오.

症状のある場所に✓マークを着けて下さい。



증상은 언제부터 있었습니까? 症状はいつからですか?

- 대략 ___ 시간 전 (およそ 時間前) ___ 일 전 (日前) ___ 개월 전 (月前)
 이전부터 (以前から)

열이 있습니까? _____ °C
熱はありますか? _____ °C

Cuestionario de Cirugía

外科問診票

¿Qué le ha pasado? どうしましたか?

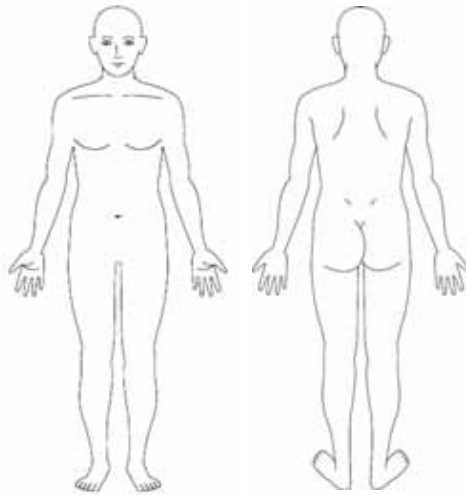
Lesiones 外傷 Contusión 打撲 Hinchazón 腫脹 Tumor 腫瘍 Quemadura 火傷

Dolores 痛い

(Punzante 刺すように Opresión 圧迫感 Pulsátil ずきずき escozor ひりひりする Dolor sordo 鈍痛 Le duele de vez en cuando.) 時々痛い

Tache "✓" la(s) parte(s) con síntoma en el dibujo de abajo.

症状のある場所に✓マークを着けて下さい。



¿Desde cuándo tiene el síntoma? 症状はいつからですか?

Aproximadamente desde hace _____ horas, _____ días, _____ meses
おおよそ 時間前 日前 月前

Desde hace mucho tiempo.
以前から

¿Tiene fiebre? _____ °C
熱はありますか? °C

Medical Questionnaire (Obstetrics and Gynecology)

産婦人科問診票

What is/are the reason(s) for your visit today?

どうしましたか？

Pregnant 妊娠

(Would like to deliver at this clinic deliver at another clinic deliver in home
当院でのお産を希望 他院でのお産を希望 帰国して出産
 country have an abortion not yet decided)
中絶 未定

Vaginal discharge おりもの

Menstrual abnormalities 月経異常

Abdominal pain 腹痛

Abnormal vaginal bleeding 不正出血

Itching かゆみ

Cancer screening がん検診

Fertility treatment 不妊

Contraception 避妊

Polyp ポリープ

Ovarian cyst 卵巣のう腫

Uterine fibroid 子宮筋腫

Climacteric disturbance 更年期障害

Venereal disease 性病

Other その他

Menstrual History 月経について

When was your first menstrual period? Age: years old
初めて生理があったのはいつですか？ 才

When did you undergo your menopause? Age: years old
閉経はいつですか？ 才

Is your menstrual cycle regular? Regular: days Irregular
生理は順調ですか？ 順調 日 不順

How long does your period last? For days
持続期間 日

How is your flow? Heavy Moderate Light
生理の量 多い 普通 少ない

Do you suffer from menstrual pain? No Yes
生理痛 ない ある

When was the first day of your last period? Date (indicate year, month, day):
最終月経 年 月 日

Pregnancy History 妊娠歴

Number of pregnancies: times
妊娠 回

Number of deliveries: times (Normal deliveries: times/Abnormal deliveries: times)
分娩 回 (正常分娩 回、異常分娩 回)

Number of miscarriages/abortions: times (Miscarriages: times/Abortions: times)
流産 回 (自然流産 回、人工流産 回)

妇产科问诊表

産婦人科問診票

怎么了？

どうしましたか？

妊娠 妊娠

希望在本院分娩
(希望在其他医院分娩
 未定)

希望在其他医院分娩
他院でのお産を希望

回国分娩
帰国して出産

人工流产
中絶

白带 おりもの

月经异常 月経異常

腹痛 腹痛

异常出血 不正出血

瘙痒 かゆみ

癌症筛查 がん検診

不孕症 不妊

避孕 避妊

息肉 ポリープ

卵巢囊肿 卵巣のう腫

子宫肌瘤 子宮筋腫

更年期障碍 更年期障害

性病 性病

其他 その他

有关月经 月経について

月经初潮是什么时候？

初めて生理があったのはいつですか？

岁

才

岁

才

闭经是什么时候？

閉経はいつですか

月经正常吗？

生理は順調ですか

正常
順調

天
日

不正常
不順

持续时间

持続期間

天
日

月经量

生理の量

多
多い

一般
普通

少
少ない

痛经

生理痛

无
ない

有
ある

末次月经

最終月経

年

月
日

日

妊娠史 妊娠歴

妊娠

妊娠

分娩

分娩

流产

流産

次

回

次 (顺产

回) (正常分娩

次 (自然流产

回) (自然流産

次, 异常分娩

回, 異常分娩

次, 人工流产

回, 人工流産

次)

回)

次)

回)

산부인과 문진표

産婦人科問診票

내원하신 이유는 무엇입니까? どうしましたか?

임신
妊娠

(이 병원에서 분만 희망 다른 병원에서 분만 희망 귀국 후 출산 중절
当院でのお産を希望 他院でのお産を希望 帰国して出産 中絶)

미정)
未定

질 분비물 おりもの

월경 이상 月経異常

복통 腹痛

비정상 질 출혈 不正出血

가려움 かゆみ

암 검진 がん検診

불임 不妊

피임 避妊

용종 ポリープ

난소낭종 卵巣のう腫

자궁근종 子宮筋腫

갱년기장애 更年期障害

성병 性病

기타 その他

월경에 대해 月経について

초경 시기는 언제입니까?
初めて生理があったのはいつですか?

폐경 시기는 언제입니까?
閉経はいつですか?

생리는 주기적입니까? 주기적 불순
生理は順調ですか 順調 不順

지속 기간
持続期間

생리량 많다 보통 적다
生理の量 多い 普通 少ない

생리통 없다 있다
生理痛 ない ある

마지막 월경 년 월 일
最終月経 年 月 日

임신력 妊娠歴

임신 妊娠

분만 分娩

유산 流産

회
회
회
회
회

(정상 분만
(正常分娩
(자연 유산
(自然流産

회, 이상 분만
회、異常分娩
회, 인공 유산
回、人工流産

회)
회)
회)
회)

Cuestionario de Obstetricia y Ginecología

産婦人科問診票

¿Qué le ha pasado?

どうしましたか？

- Embarazo 妊娠
- Deseo dar a luz en este hospital. 当院でのお産を希望
 Deseo dar a luz en otro hospital. 他院でのお産を希望
- Voy a dar a luz en mi país. 帰国して出産
 Quiero abortar. 中絶
 Estoy indecisa.) 未定
- Flujo おりもの
- Menstruación irregular 月経異常
- Dolor de vientre 腹痛
- Hemorragia vaginal fuera de período 不正出血
- Picazón en los órganos genitales かゆみ
- Examen para detectar el cáncer がん検診
- Infertilidad 不妊
- Anticoncepción 避妊
- Pólipo ポリープ
- Quiste ovárico 卵巣のう腫
- Mioma de útero 子宮筋腫
- Menopausia 更年期障害
- Enfermedades venéreas 性病
- Otros その他

Sobre la menstruación 月経について

¿Cuándo fue su primera menstruación?

初めて生理があったのはいつですか？

años

才

¿Cuándo entró en la menopausia?

閉経はいつですか

años

才

¿Tiene menstruaciones regulares?

生理は順調ですか

Sí 順調 día 日

No 不順

Duración de la menstruación

持続期間

días

日

Cantidad de menstruación

生理の量

Mucho 多い

Normal 普通

Poco 少ない

¿Tiene dolores menstruales?

生理痛

No ない

Sí ある

¿Cuándo tuvo la última menstruación?

最終月経

año 年

mes 月

día 日

Sobre los embarazos y partos anteriores 妊娠歴

Embarazo

妊娠

veces

回

Parto

分娩

veces (parto normal

回 (正常分娩

veces, parto anormal

回、異常分娩

veces)

回)

Aborto

流産

veces (aborto natural

回 (自然流産

veces, aborto provocado

回、人工流産

veces)

回)

Medical Questionnaire (Ear, Nose, and Throat)

耳鼻咽喉科問診票

What problems are you having?

どうしましたか？

Check all that apply.

あてはまるものすべてに✓をつけて下さい。

Ear (Right ear / Left ear)

耳 (右・左)

Pain

痛い

Discharge

耳だれ

Ringing in the ear

耳なり

Itching

かゆい

Foreign body

異物

Difficulty hearing

聞こえが悪い

Sensation of fullness in the ear

ふさがった感じ

Earwax

耳垢

Nose

鼻

Stuffy nose

鼻がつまる

Runny nose

鼻がでる

Sneezing

くしゃみ

Foreign body

異物

Pain

痛い

Bleeding

鼻血

Loss of smell

においがわからない

Throat/tongue

のど・舌

Sore throat

のどが痛い

Discomfort in the throat

のどの違和感

Cough

咳

Sputum

たん

Hoarse voice

声がかすれる

Loss of taste

味がわからない

Canker sore

口内炎

Tongue pain

舌が痛い

Numb tongue

舌がしびれる

Discomfort in the tongue

舌の違和感

Foreign body

異物

Other

その他

Dizziness

めまい

Headache

頭痛

Nausea

吐き気

Snoring

いびき

Face/neck swelling

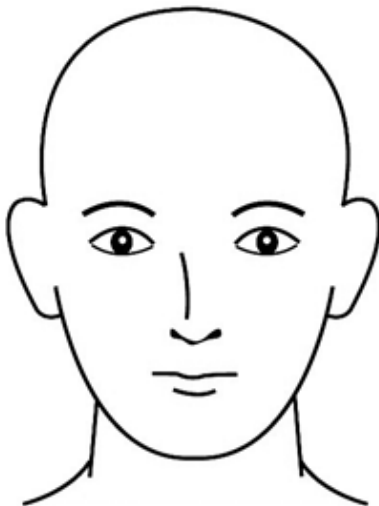
顔・首が腫れている

Feverish (_____ °C)

熱がある

Please circle the areas where you are having problems.

具合の悪いところに○を付けて下さい。



When did the problems start?

いつごろからですか？

Date: _____ year _____ month _____ day
年 月 日から

耳鼻喉科问诊表

耳鼻咽喉科問診票

怎么了？请在所有符合项内打。

どうしましたか？ あてはまるものすべてに✓をつけて下さい。

耳 (右 左) 疼痛 耳漏 耳鸣 发痒 异物
耳 (右・左) 痛い 耳だれ 耳なり かゆい 異物

听力差 堵塞感 耳垢
聞こえが悪い ふさがった感じ 耳垢

鼻 鼻塞 流鼻涕 打喷嚏 异物
鼻 鼻がつまる 鼻がでる くしゃみ 異物

疼痛 鼻出血 嗅觉障碍
痛い 鼻血 においがわからない

咽喉 舌 咽喉疼痛 咽喉不适感 咳嗽 咳痰
のど・舌 のどが痛い のどの違和感 咳 たん

声音嘶哑 味觉障碍 口腔炎
声がかすれる 味がわからない 口内炎

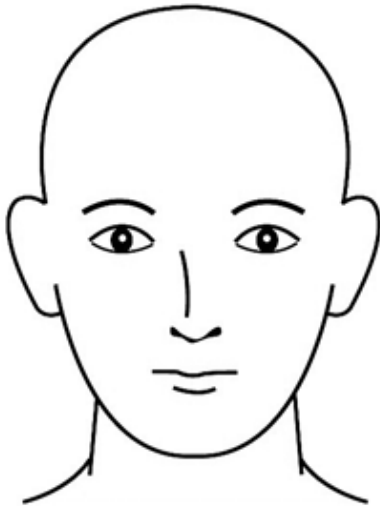
舌头疼痛 舌头发麻 舌头不适感 异物
舌が痛い 舌がしびれる 舌の違和感 異物

其他 眩晕 头痛 恶心 打鼾
その他 めまい 頭痛 吐き気 いびき

面部、颈部肿胀 发热 (_____ °C)
顔・首が腫れている 熱がある

请在不舒服部位画○。

具合の悪いところに○を付けて下さい。



从什么时候开始的？ 从 _____ 年 _____ 月 _____ 日开始
いつごろからですか？ 年 月 日から

耳鼻咽喉科(中)

이비인후과 문진표

耳鼻咽喉科問診票

· 내원하신 이유는 무엇입니까? 해당하는 것에 모두 □ 표시 하십시오.
 どうしましたか? あてはまるものすべてに□をつけて下さい。

귀(□우, □좌)
 耳(右・左)

- 아프다 귓물 이명 가렵다 이물
 痛い 耳だれ 耳なり かゆい 異物
 잘 들리지 않는다 막힌 느낌 귀지
 聞こえが悪い ふさがった感じ 耳垢

코
 鼻

- 코가 막힌다 콧물이 나온다 재채기 이물
 鼻がつまる 鼻がでる くしゃみ 異物
 아프다 코피 냄새를 못 맡는다
 痛い 鼻血 においがわからない

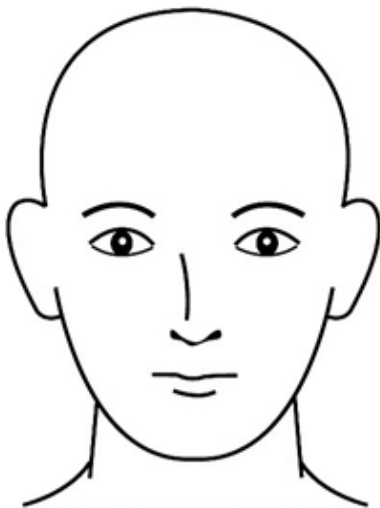
목구멍·혀
 のど・舌

- 목구멍이 아프다 목구멍의違和감 기침 가래
 のどが痛い のどの違和感 咳 たん
 목이 쉰다 맛이 안 느껴진다 구내염
 声がかすれる 味がわからない 口内炎
 혀가 아프다 혀가 저린다 혀의違和감 이물
 舌が痛い 舌がしびれる 舌の違和感 異物

기타
 その他

- 현기증 두통 메스꺼움 코골이
 めまい 頭痛 吐き気 いびき
 얼굴·목이 붓는다 열이 있다 (_____°C)
 顔・首が腫れている 熱がある

· 상태가 좋지 못한 곳에 ○ 표시 하십시오.
 具合の悪いところに○を付けて下さい。



· 언제부터입니까?
 いつごろからですか?

_____년 _____월 _____일부터
 年 月 日から

Cuestionario de Otorrinolaringología

耳鼻咽喉科問診票

• ¿Qué le ha pasado?
どうしましたか?

Favor de tachar la opción apropiada y
rellenar todos los espacios en blanco.
あてはまるものすべてに✓をつけて下さい。

Síntoma de oídos (Derecho / Izquierdo):

耳 (右・左)

- Dolor 痛い Otorrea 耳だれ Zumbidos 耳なり Picazón かゆい Cuerpo extraño 異物
- Dificultad para oír 聞こえが悪い Oídos taponados ふさがった感じ Cerumen 耳垢

Síntoma de la nariz:

鼻

- Nariz tapada 鼻がつまる Sale agua / moco de la nariz 鼻がでる Estornudos くしゃみ Cuerpo extraño 異物
- Dolor 痛い Hemorragia nasal 鼻血 Dificultad para oler においがわからない

Síntoma de la garganta y de la lengua:

のど・舌

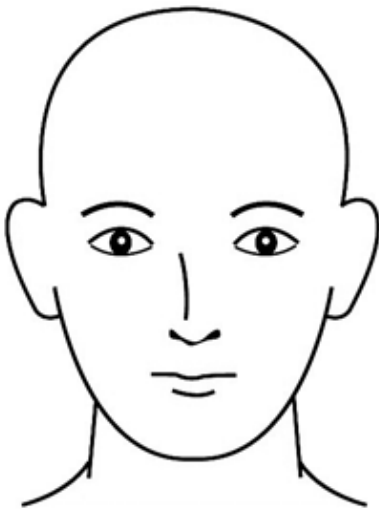
- Dolor de la garganta のどが痛い Sensaciones extrañas en la garganta のどの違和感 Tos 咳 Flemas たん
- Voz ronca 声がかすれる No siente el sabor de alimento. 味がわからない Estomatitis 口内炎
- Dolor de la lengua 舌が痛い Lengua entumecida 舌がしびれる Sensaciones raras en la lengua 舌の違和感 Cuerpo extraño 異物

Otros síntomas:

その他

- Mareos めまい Dolor de cabeza 頭痛 Náusea 吐き気 Ronquido いびき
- Hinchazón de la cara y el cuello 顔・首が腫れている Tiene fiebre (_____ °C) 熱がある

• Marque con un círculo ○ el área afectada en la imagen de abajo.
具合の悪いところに○を付けて下さい。



• ¿Desde cuándo tiene ese síntoma?
いつごろからですか?

Desde año _____ mes _____ día _____
年 月 日から

儿科问诊表

小児科問診票

孩子怎么了？

どうしましたか

- | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 发烧
発熱 | <input type="checkbox"/> 咳嗽
咳 | <input type="checkbox"/> 流鼻涕
鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> 食欲减退
食欲低下 | <input type="checkbox"/> 水分摄入不足
水分摂取不良 | <input type="checkbox"/> 哭闹
機嫌が悪い |
| <input type="checkbox"/> 腹痛
腹痛 | <input type="checkbox"/> 腹泻
下痢 | <input type="checkbox"/> 呕吐
嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 头痛
頭痛 | <input type="checkbox"/> 皮疹
発疹 | <input type="checkbox"/> 抽搐
ひきつけ |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | | |

什么时候开始的？ 从 年 月 日前开始
それはいつごろからですか 年 月 日前から

对药物及饮食等过敏吗？

薬や食事等のアレルギーはありますか？

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 哮喘
喘息 | <input type="checkbox"/> 过敏体质
アトピー |
| <input type="checkbox"/> 药物过敏 ()
薬アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> 食物过敏 ()
食物アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> 其他 ()
その他 | |

现在有在吃药吗？

現在飲んでいる薬はありますか？

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 没有
いいえ | <input type="checkbox"/> 有 ()
はい |
|------------------------------------|--------------------------------------|

能吃哪种药？

どんな種類の薬が飲めますか？

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 糖浆
シロップ | <input type="checkbox"/> 粉剂
粉 | <input type="checkbox"/> 片剂或胶囊
錠剤またはカプセル |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|

接种过的疫苗

接種済みの予防接種

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> BCG (卡介苗)
BCG | <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎
ポリオ | <input type="checkbox"/> DPT (百白破)
DPT |
| <input type="checkbox"/> 麻疹
麻疹 | <input type="checkbox"/> 风疹
風疹 | <input type="checkbox"/> 水痘
水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> 腮腺炎
おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> Hib (B型流感嗜血杆菌)
ヒブ | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌
肺炎球菌 |
| <input type="checkbox"/> 乙型肝炎
B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 轮状病毒
ロタウイルス | <input type="checkbox"/> 人乳头状瘤病毒
ヒトパピローマ |
| <input type="checkbox"/> 其他 ()
その他 | | |

过去得过什么疾病？

過去にどのような病気をしましたか？

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 麻疹
麻疹 | <input type="checkbox"/> 风疹
風疹 | <input type="checkbox"/> 水痘
水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> 腮腺炎
おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 百日咳
百日咳 | <input type="checkbox"/> 结核
結核 |
| <input type="checkbox"/> 幼儿急疹
突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 手足口病
手足口病 | <input type="checkbox"/> 疱疹性咽峡炎
ヘルパンギーナ |
| <input type="checkbox"/> 溶血性链球菌感染症
溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> 阑尾炎
虫垂炎 | <input type="checkbox"/> 哮喘
喘息 |
| <input type="checkbox"/> 其他 ()
その他 | | |

出生状况怎样？

出産の状態はどんなでしたか？

- | | | | |
|-------------------------------------|--------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 孕
在胎 | 周
週 | <input type="checkbox"/> 出生体重
出生時体重 | g
g |
| <input type="checkbox"/> 顺产
正常分娩 | | <input type="checkbox"/> 剖腹产
帝王切開 | <input type="checkbox"/> 其他异常分娩
その他の異常分娩 |

소아과 문진표

小児科問診票

내원하신 이유는 무엇입니까?

どうしましたか

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 발열
発熱 | <input type="checkbox"/> 기침
咳 | <input type="checkbox"/> 콧물
鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> 식욕 저하
食欲低下 | <input type="checkbox"/> 수분 섭취 불량
水分摂取不良 | <input type="checkbox"/> 컨디션 불량
機嫌が悪い |
| <input type="checkbox"/> 복통
腹痛 | <input type="checkbox"/> 설사
下痢 | <input type="checkbox"/> 구토
嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 두통
頭痛 | <input type="checkbox"/> 발진
発疹 | <input type="checkbox"/> 경련
ひきつけ |
| <input type="checkbox"/> 기타
その他 | | |

증상은 언제 시작됐습니까?
それはいつごろからですか

년
年

달
月

일 전부터
日前から

약물 또는 음식물 등에 알레르기가 있습니까?

薬や食事等のアレルギーはありますか?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 천식
喘息 | <input type="checkbox"/> 아토피
アトピー |
| <input type="checkbox"/> 약물 알레르기 ()
薬アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> 음식물 알레르기 ()
食物アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> 기타 ()
その他 | |

현재 복용 중인 약이 있습니까?

現在飲んでいる薬はありますか?

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 없다
いいえ | <input type="checkbox"/> 있다 ()
はい |
|------------------------------------|---------------------------------------|

어떤 종류의 약을 복용할 수 있습니까?

どんな種類の薬が飲めますか?

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 시럽
シロップ | <input type="checkbox"/> 가루
粉 | <input type="checkbox"/> 알약 또는 캡슐
錠剤またはカプセル |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|

접종이 끝난 예방접종

接種済みの予防接種

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> BCG
BCG | <input type="checkbox"/> 급성회백수염
ポリオ | <input type="checkbox"/> DPT
DPT |
| <input type="checkbox"/> 홍역
麻疹 | <input type="checkbox"/> 풍진
風疹 | <input type="checkbox"/> 수두
水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> 볼거리
おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 인플루엔자 간균 B형
ヒブ | <input type="checkbox"/> 폐렴구균
肺炎球菌 |
| <input type="checkbox"/> B형 간염
B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 로타 바이러스 감염증
ロタウイルス | <input type="checkbox"/> 인유두종 바이러스 감염증
ヒトパピローマ |
| <input type="checkbox"/> 기타 ()
その他 | | |

과거에 앓은 질병이 있습니까?

過去にどのような病気をしましたか?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 홍역
麻疹 | <input type="checkbox"/> 풍진
風疹 | <input type="checkbox"/> 수두
水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> 볼거리
おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 백일해
百日咳 | <input type="checkbox"/> 결핵
結核 |
| <input type="checkbox"/> 돌발성 발진
突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 수족구병
手足口病 | <input type="checkbox"/> 헤르판지나
ヘルパンギーナ |
| <input type="checkbox"/> 용혈성 연쇄구균 감염증
溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> 충수염
虫垂炎 | <input type="checkbox"/> 천식
喘息 |
| <input type="checkbox"/> 기타 ()
その他 | | |

분만 시 상태는 어땠습니까?

出産の状態はどんなでしたか?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 임신 기간
在胎 | 주
週 | <input type="checkbox"/> 출생 시 체중
出生時体重 | g |
| <input type="checkbox"/> 정상 분만
正常分娩 | <input type="checkbox"/> 제왕절개
帝王切開 | <input type="checkbox"/> 기타 이상 분만
その他の異常分娩 | |

Cuestionario de Pediatría

小児科問診票

¿Qué le ha pasado?

どうしましたか

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre
発熱 | <input type="checkbox"/> Tos
咳 | <input type="checkbox"/> Mocos
鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito
食欲低下 | <input type="checkbox"/> Falta de tomar agua
水分摂取不良 | <input type="checkbox"/> Mal humor
機嫌が悪い |
| <input type="checkbox"/> Dolor de vientre
腹痛 | <input type="checkbox"/> Diarrea
下痢 | <input type="checkbox"/> Náuseas
嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
頭痛 | <input type="checkbox"/> Erupción
発疹 | <input type="checkbox"/> Convulsión
ひきつけ |
| <input type="checkbox"/> Otros
その他 | | |

¿Desde cuándo? Desde _____ año _____ mes _____ día
それはいつごろからですか 年 月 日前から

¿Tiene alguna alergia de medicamento, comida, etc.?

薬や食事等のアレルギーはありますか?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma
喘息 | <input type="checkbox"/> Atopia
アトピー | |
| <input type="checkbox"/> Alergia de medicamento
薬アレルギー | (|) |
| <input type="checkbox"/> Alergia de alimentos
食物アレルギー | (|) |
| <input type="checkbox"/> Otros (| |) |
| その他 | | |

¿Actualmente está tomando algún medicamento?

現在飲んでいる薬はありますか?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No
いいえ | <input type="checkbox"/> Sí (|) |
| | はい | |

¿Qué medicamento tolera el niño/a?

どんな種類の薬が飲めますか?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Líquido
シロップ | <input type="checkbox"/> En polvo
粉 | <input type="checkbox"/> Tableta o cápsula
錠剤またはカプセル |
|--|--|---|

¿Qué vacunas ha recibido?

接種済みの予防接種

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BCG
BCG | <input type="checkbox"/> Polio
ポリオ | <input type="checkbox"/> DPT (vacuna triple)
DPT |
| <input type="checkbox"/> Sarampión
麻疹 | <input type="checkbox"/> Rubéola
風疹 | <input type="checkbox"/> Varicela
水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> Paperas
おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> Hib
ヒブ | <input type="checkbox"/> Streptococcus neumonial
肺炎球菌 |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B
B型肝炎 | <input type="checkbox"/> Rotavirus
ロタウイルス | <input type="checkbox"/> Papiloma humano
ヒトパピローマ |
| <input type="checkbox"/> Otros (| |) |
| その他 | | |

¿Qué enfermedades ha padecido hasta ahora?

過去にどのような病気をしましたか?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión
麻疹 | <input type="checkbox"/> Rubéola
風疹 | <input type="checkbox"/> Varicela
水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> Paperas
おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> Tos ferina
百日咳 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis
結核 |
| <input type="checkbox"/> Fiebre de tres días
突発性発疹 | <input type="checkbox"/> Fiebre aftosa humana
手足口病 | <input type="checkbox"/> Herpangina
ヘルパンギーナ |
| <input type="checkbox"/> Infección estreptocócica
溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> Apendicitis
虫垂炎 | <input type="checkbox"/> Asma
喘息 |
| <input type="checkbox"/> Otros (| |) |
| その他 | | |

¿Cómo fue el parto?

出産の状態はどんなでしたか?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ahora llevo _____ semanas de gestación.
在胎 週 | <input type="checkbox"/> Peso al nacer _____ g
出生時体重 |
| <input type="checkbox"/> Parto normal
正常分娩 | <input type="checkbox"/> Operación cesárea
帝王切開 |
| | <input type="checkbox"/> Otro tipo de parto anormal
その他の異常分娩 |

Medical Questionnaire (Orthopedics)
整形外科問診票

◎ What symptoms are you experiencing? (Check all that apply.)

どのような症状でお困りですか (複数回答可)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pain
痛み | <input type="checkbox"/> Injury
けが | <input type="checkbox"/> Numbness
しびれ |
| <input type="checkbox"/> Lump
しこり | <input type="checkbox"/> Swelling
腫脹 | <input type="checkbox"/> Itching
かゆみ |
| <input type="checkbox"/> Sprain
ひねった | <input type="checkbox"/> Weight loss
体重減少 | <input type="checkbox"/> Burns
火傷 |
| | | <input type="checkbox"/> Feverish
熱がある |

◎ When did the symptom(s) start?

それはいつ頃からですか

Since: ____/year ____/month ____/day
西暦 年 月 日から

◎ Please specify if you know of possible causes.

原因となるきっかけが思い当たりましたらお書きください

◎ Have you ever been, or are you currently being treated for the symptom(s)?

今の症状で現在・過去に治療を受けていますか

- Yes
はい
- No
いいえ

If yes, please provide the following information.

はいの方へ

・ Hospital name:

病院名

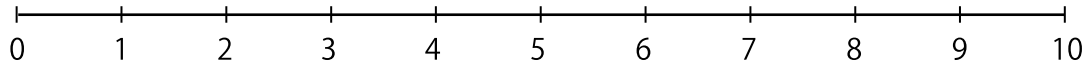
・ Diagnosis:

どのような診断でしたか

◎ How much pain are you having now? Please rate your pain by circling the number

痛みの具合はどのくらいですか 痛みのレベルの数字に○をつけてください

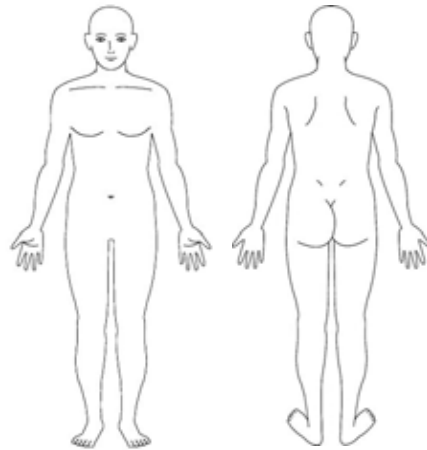
that best describes it.



No pain
痛みがない

Moderate pain
中程度の痛み

Worst pain
最悪の痛み



◎ Please circle the areas you are having symptoms.

症状のあるところに丸をしてください

◎ Have you ever had any surgery?

手術を受けたことはありますか

- Yes
はい
- No
いいえ

If yes, please specify what kind of surgery:

受けたことがある場合はどのような手術ですか

◎ Have you ever had a blood transfusion?

輸血をうけたことはありますか

- Yes
はい
- No
いいえ

◎ Did you have any problems during anaesthesia?

麻酔してなにかトラブルありましたか

- Yes
はい
- No
いいえ

◎ Do you have any infectious disease?

何か感染症はありますか

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B
B型肝炎 | <input type="checkbox"/> Hepatitis C
C型肝炎 | <input type="checkbox"/> Syphilis
梅毒 | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS
エイズ |
|--|--|---|--|

矫形外科问诊表

整形外科問診票

◎ 受什么症状的困扰？（可多选）

どのような症状でお困りですか（複数回答可）

- 疼痛
痛み
- 外伤
けが
- 麻木
しびれ
- 肿块
しこり
- 肿胀
腫脹
- 瘙痒
かゆみ
- 扭伤
ひねった
- 体重减轻
体重減少
- 烧伤
火傷
- 发热
熱がある

◎ 从什么时候开始的？

それはいつ頃からですか

从公历 年 月 日开始
西暦 年 月 日から

◎ 您认为是什么原因？

原因となるきっかけが思い当たりましたらお書きください

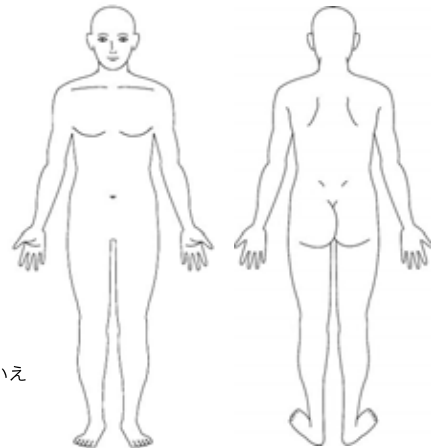
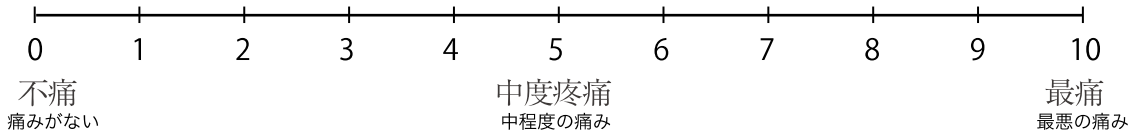
◎ 这个症状过去接受过治疗吗？ 是 否
今の症状で現在・過去に治療を受けていますか はい いいえ

如果回答“是”， 医院名称
はいの方へ 病院名

诊断是什么？
どのような診断でしたか

◎ 疼痛程度如何？请在疼痛程度的数字上画○。

痛みの具合はどのくらいですか 痛みのレベルの数字に○をつけてください



◎ 请在有症状的部位画圈。
症状のあるところに丸をしてください

◎ 接受过手术治疗吗？ 是 否
手術を受けたことはありますか はい いいえ

如果接受过手术，请问是什么手术？
受けたことがある場合はどのような手術ですか

◎ 输过血吗？ 是 否
輸血をうけたことはありますか はい いいえ

◎ 麻醉遇到过什么问题吗？ 是 否
麻酔してなにかトラブルありましたか はい いいえ

◎ 有什么传染病吗？
何か感染症はありますか

- 乙型肝炎
B型肝炎
- 丙型肝炎
C型肝炎
- 梅毒
梅毒
- 艾滋病
エイズ

整形外科(中)

Cuestionario de Ortopedia

整形外科問診票

◎ ¿Qué le ha pasado? (Múltiples respuestas permitidas)

どのような症状でお困りですか (複数回答可)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor
痛み | <input type="checkbox"/> Lesión
けが | <input type="checkbox"/> Entumecimiento
しびれ |
| <input type="checkbox"/> Nódulo o bola
しこり | <input type="checkbox"/> Tumefacción
腫脹 | <input type="checkbox"/> Picazón
かゆみ |
| <input type="checkbox"/> Torcedura
ひねった | <input type="checkbox"/> Disminución de peso
体重減少 | <input type="checkbox"/> Quemadura
火傷 |
| | | <input type="checkbox"/> Fiebre
熱がある |

◎ ¿Desde cuándo tiene ese síntoma?

それはいつ頃からですか

Desde (Era Cristiana) año mes día
西暦 年 月 日から

◎ Especifique la causa del síntoma si Ud. tiene la idea o sabe la causa.

原因となるきっかけが思い当たりましたらお書きください

◎ ¿Está recibiendo o recibió algún tratamiento del síntoma?

今の症状で現在・過去に治療を受けていますか

- Sí No
はい いいえ

En caso afirmativo, especifique:

はいの方へ

Nombre del hospital:

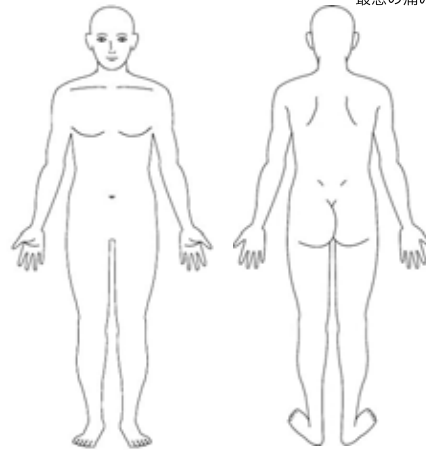
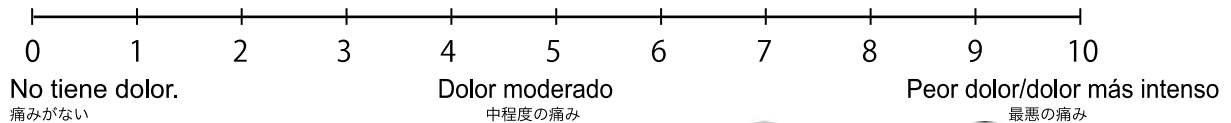
病院名

¿Qué diagnóstico recibió?:

どのような診断でしたか

◎ ¿Qué grado de dolor tiene? Indique el grado de dolor marcando el número

correspondiente con un círculo ○. 痛みの具合はどのくらいですか 痛みのレベルの数字に○をつけてください



◎ Indique la parte afectada con un círculo ○ en el dibujo de arriba.

症状のあるところに丸をしてください

◎ ¿Le han operado alguna vez?

手術を受けたことはありますか

- Sí No
はい いいえ

En caso afirmativo, especifique:

受けたことがある場合はどのような手術ですか

◎ ¿Ha recibido una transfusión de sangre?

輸血をうけたことはありますか

- Sí No
はい いいえ

◎ ¿Ha tenido algún problema con la anestesia?

麻酔してなにかトラブルありましたか

- Sí No
はい いいえ

◎ ¿Tiene alguna enfermedad infecciosa?

何か感染症はありますか

- Hepatitis B B型肝炎 Hepatitis C C型肝炎 Sífilis 梅毒 SIDA エイズ

Medical Questionnaire (Psychiatry)

精神科問診票

1. What brought you here today? どうしましたか？

- Difficulty sleeping
眠れない
- Depressed
憂うつ気分
- Suicidal thoughts
死にたい
- More talkative than usual
いつもよりよくしゃべる
- Hear voices when no one else is around
周りに人がいないのに声が聞こえる
- Feel someone looking at you
人に見られている気がする
- Easily agitated
興奮しやすい
- Violent
暴力をふるう
- Anxiety/panic attacks
不安やパニック発作
- Obsessive/compulsive experience
強迫体験
- Convulsion
けいれん
- Alcohol use
アルコール
- Stimulant use
覚醒剤
- Other substance use
その他物質
- Memory disturbance
記憶の障害
- Other ()
その他
- Feel lethargic
元気がない
- Overly energetic
元気が良過ぎる
- Lose consciousness
意識がなくなる
- Abuse (乱用)
- Dependence (依存)
- Abuse (乱用)
- Dependence (依存)
- Abuse (乱用)
- Dependence (依存)

2. When did the problems start? それはいつごろからですか？

Since: ____/year ____/month ____/day
年 月 日 から

3. Who decided to visit here today? 本日の受診はどなたの意志ですか？

- Yourself
本人
- Family members
家族
- Friends
友人
- Police personnel
警察
- Workplace personnel
勤務先の人
- Other ()
その他

4. Have you had any of the following medical conditions? 今までにかかった病気はありますか？

- Mood disorder
気分障害
(Mania (躁病) Depression (うつ病) Manic-depressive psychosis (躁うつ病))
- Schizophrenia
統合失調症
- Insomnia
不眠症
- Personality disorder
パーソナリティ障害
- Alcohol or drug dependence
アルコールや薬物依存
- Developmental disorder
発達障害
- Attention deficit hyperactivity disorder
注意欠陥多動性障害
- Other ()
その他
- Panic disorder
パニック障害
- epilepsy
てんかん
- dementia
認知症
- mental retardation
精神遅滞

精神科問診表

精神科問診票

1. 怎么了？どうしましたか？

- 失眠
眠れない
- 心情郁闷
憂うつ気分
- 没精神
元気がない
- 想死
死にたい
- 比平时爱说话
いつもよりよくしゃべる
- 精力过剩
元気が良過ぎる
- 幻听
周りに人がいないのに声が聞こえる
- 觉得有人在看我
人に見られている気がする
- 容易兴奋
興奮しやすい
- 有暴力行为
暴力をふるう
- 不安及恐慌发作
不安やパニック発作
- 强迫症
強迫体験
- 痉挛
けいれん
- 意识丧失
意識がなくなる
- 酒精 (濫用 依赖)
アルコール (乱用 依存)
- 兴奋剂 (濫用 依赖)
覚醒剤 (乱用 依存)
- 其他物质 (濫用 依赖)
その他物質 (乱用 依存)
- 记忆障碍
記憶の障害
- 其他 ()
その他

2. 从什么时候开始的？それはいつごろからですか？

从_____年_____月_____日开始
年 月 日 から

3. 今天来就诊是谁的意见？本日の受診はどなたの意志ですか？

- 本人
本人
- 家人
家族
- 朋友
友人
- 警察
警察
- 同事
勤務先の人
- 其他 ()
その他

4. 以前得过什么疾病？今までにかかった病気はありますか？

- 情绪障碍
気分障害
(躁狂症 抑郁症 躁郁症)
躁病 うつ病 躁うつ病
- 精神分裂症
統合失調症
- 恐慌症
パニック障害
- 失眠症
不眠症
- 人格障碍 癲癇
パーソナリティ障害 てんかん
- 酒精或药物依赖
アルコールや薬物依存
- 痴呆症
認知症
- 发育障碍
発達障害
- 智力低下
精神遅滞
- 注意力缺陷多动症
注意欠陥多動性障害
- 其他 ()
その他

정신과 문진표

精神科問診票

1. 내원하신 이유는 무엇입니까? どうしましたか?

- 잠을 못 잔다
眠れない
- 기분이 우울하다
憂うつ気分
- 기운이 없다
元気がない
- 죽고 싶다
死にたい
- 평소보다 말을 많이 한다
いつもよりよくしゃべる
- 기운이 넘친다
元気が良過ぎる
- 주변에 아무도 없는데 소리가 들린다
周りに人がいないのに声が聞こえる
- 다른 사람이 보고 있는 것 같다
人に見られている気がする
- 쉽게 흥분한다
興奮しやすい
- 폭력을 휘두른다
暴力をふるう
- 불안 및 공황발작
不安やパニック発作
- 강박 체험
強迫体験
- 경련
けいれん
- 의식이 없어진다
意識がなくなる
- 알코올 (활용 의존)
アルコール (乱用 依存)
- 각성제 (활용 의존)
覚醒剤 (乱用 依存)
- 기타 물질 (활용 의존)
その他物質 (乱用 依存)
- 기억장애
記憶の障害
- 기타 ()
その他

2. 증상은 언제부터 있었습니까? それはいつごろからですか?

_____ 년 _____ 월 _____ 일 부터
年 月 日 から

3. 오늘은 누구의 의지로 진찰을 받는 것입니까? 本日の受診はどなたの意志ですか?

- 본인
本人
- 가족
家族
- 친구
友人
- 경찰
警察
- 직장 동료
勤務先の人
- 기타 ()
その他

4. 지금까지 경험한 질병이 있습니까? 今までにかかった病気はありますか?

- 기분장애
気分障害
- (조증 우울증 조울증)
(躁病 うつ病 躁うつ病)
- 조현병
統合失調症
- 공황장애
パニック障害
- 불면증
不眠症
- 인격장애
パーソナリティ障害
- 뇌전증
てんかん
- 알코올 또는 약물 의존
アルコールや薬物依存
- 치매
認知症
- 발달장애
発達障害
- 정신지체
精神遅滞
- 주의력결핍 과잉행동장애
注意欠陥多動性障害
- 기타 ()
その他

Cuestionario de Psiquiatría

精神科問診票

1. ¿Qué le ha pasado? どうしましたか?

- Dificultad para dormir
眠れない
- Estado de ánimo depresivo
憂うつ気分
- Tiene ganas de morirse.
死にたい
- Habla más que siempre.
いつもよりよくしゃべる
- Oye voces aun cuando no hay nadie a su alrededor.
周りに人がいないのに声が聞こえる
- Siente la mirada de los demás.
人に見られている気がする
- Propenso/a a alteración
興奮しやすい
- Ponerse violento
暴力をふるう
- Ansiedad o ataque de pánico
不安やパニック発作
- Experiencia obsesiva
強迫体験
- Convulsión
けいれん
- Pierde el conocimiento.
意識がなくなる
- Alcohol (Abuso Dependencia)
アルコール (乱用 依存)
- Estimulante (Abuso Dependencia)
覚醒剤 (乱用 依存)
- Otras sustancias (Abuso Dependencia)
その他物質 (乱用 依存)
- Trastornos de la memoria
記憶の障害
- Otros ()
その他

2. ¿Desde cuándo? それはいつごろからですか?

Desde _____ año _____ mes _____ día
年 月 日 から

3. ¿Quién le ha sugerido venir a la consulta hoy? 本日の受診はどなたの意志ですか?

- Yo mismo/a
本人
- Familiares
家族
- Amigos
友人
- Policía
警察
- Personal del trabajo
勤務先の人
- Otras personas ()
その他

4. ¿Qué enfermedad ha tenido hasta ahora? 今までにかかった病気はありますか?

- Trastornos del estado de ánimo:
気分障害
- Hipomanía
躁病
- Depresión
うつ病
- Trastorno bipolar
躁うつ病
- Esquizofrenia
統合失調症
- Trastorno de ansiedad
パニック障害
- Insomnio
不眠症
- Trastorno de la personalidad
パーソナリティ障害
- Epilepsia
てんかん
- Adicción al alcohol o a algún medicamento
アルコールや薬物依存
- Demencia
認知症
- Trastorno de desarrollo Retraso mental
発達障害 精神遅滞
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
注意欠陥多動性障害
- Otros ()
その他

Medical Questionnaire (Internal Medicine)

1

内科問診票

If the purpose of your visit is the following:

☆☆☆ Treatment for any medical condition for which you are receiving ongoing treatment ☆☆☆

既に治療中の疾患に対する継続治療を希望の方

Do you have a referral letter? Yes -> Please present it. No
紹介状の有無 あり→見せてください なし

Chronic disease requiring ongoing treatment

慢性疾患に対する継続治療

Your current condition is the following: Stable Prone to exacerbation Prone
病状は 安定 悪化傾向 改善傾向

to remission

You will visit this clinic: Just for this once For the time being Always from now on
当院の利用は 今回のみ しばらくの間 今後ずっと

If the above does not apply to you -> You also need to complete Questionnaire Part 2.
上記以外の場合 → 内科問診票2も記入

Your diagnosis has been: Confirmed (Diagnosis of the following:)
診断は 確定している (病名:)

Not yet confirmed
確定していない

If the purpose of your visit is the following:

☆☆☆ Vaccination ☆☆☆

予防注射を希望の方

Influenza Vaccine
インフルエンザ

Other vaccines (Please specify:)
その他 (予防注射の種類:)

If the purpose of your visit is the following:

☆☆☆ Medical examination ☆☆☆

検査を希望の方

Physical examinations
健康診断等

Local government health program Corporate health program Other
自治体の健診・検診 企業の健診 その他

Additional/detailed examinations due to abnormal lab results
検査異常の再検査/精査

Blood pressure Blood test Urinalysis X-ray Electrocardiogram Other
血圧 血液検査 尿検査 レントゲン 心電図 その他

Did you bring in the test results? Yes -> Please present it. No
検査資料は ある→見せてください ない

Other
その他

If the purpose of your visit is the following:

☆☆☆ Treatment for current symptoms ☆☆☆
 症状の治療を希望の方

● When did the symptoms start?

いつ/いつから

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Within several hours
数時間以内 | <input type="checkbox"/> Today
今日 | <input type="checkbox"/> Several days ago
数日前 |
| <input type="checkbox"/> Several weeks ago
数週間前 | <input type="checkbox"/> Several months ago
数ヶ月前 | <input type="checkbox"/> At least one year ago
1年以上前 |

● Your symptoms are currently:

現在の症状

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prone to exacerbation
悪化傾向 | <input type="checkbox"/> Stable
不変 | <input type="checkbox"/> Prone to remission
改善傾向 | <input type="checkbox"/> Not present
今はない |
|--|---------------------------------------|---|--|

● Frequency:

頻度

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Constantly
連続 | <input type="checkbox"/> Severity unchanged
(症状一定) | <input type="checkbox"/> severity fluctuated)
症状強弱あり) |
| <input type="checkbox"/> Several times a day
日に数回 | <input type="checkbox"/> Almost every day
ほぼ毎日 | <input type="checkbox"/> Several times a week
週に数回 |
| <input type="checkbox"/> Several times a month
月に数回 | <input type="checkbox"/> Several times a year
年に数回 | <input type="checkbox"/> Once or twice to date
今までで1~2回 |

● Symptoms: (Check all that apply.)

どのような (複数選択)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever
発熱 | <input type="checkbox"/> Cough/sputum
咳・痰 | <input type="checkbox"/> Sore throat
のどの痛み |
| <input type="checkbox"/> Runny/stuffy nose
鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> Headache
頭痛 | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting
嘔気・嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain
腹痛 | <input type="checkbox"/> Constipation
便秘 | <input type="checkbox"/> Diarrhea
下痢 |
| <input type="checkbox"/> Lack of energy/easily fatigued
だるい・疲れやすい | <input type="checkbox"/> Dry mouth
口渇 | <input type="checkbox"/> Excessive sweating
発汗異常 |
| <input type="checkbox"/> Dizziness
めまい | <input type="checkbox"/> Lightheadedness
立ちくらみ | <input type="checkbox"/> Convulsion
けいれん |
| <input type="checkbox"/> Impaired consciousness
意識障害 | <input type="checkbox"/> Easily fall down
転びやすい | |
| <input type="checkbox"/> Palpitation
動悸 | <input type="checkbox"/> Arrhythmia
不整脈 | <input type="checkbox"/> Abnormal blood pressure
血圧異常 |
| <input type="checkbox"/> Breathing difficulty
呼吸苦 | <input type="checkbox"/> Shortness of breath
息切れ | <input type="checkbox"/> Asthma
喘息 |
| <input type="checkbox"/> Rapid weight gain
急な体重増加 | <input type="checkbox"/> Rapid weight loss
急な体重減少 | <input type="checkbox"/> Urinary abnormalities
尿の異常 |
| <input type="checkbox"/> Hot flashes
ほてる | <input type="checkbox"/> Cold sensations
冷える | <input type="checkbox"/> Swelling
むくむ |
| <input type="checkbox"/> Pain
痛い | <input type="checkbox"/> Itching
かゆい | <input type="checkbox"/> Numbness
しびれる |
| <input type="checkbox"/> Shaking
震える | <input type="checkbox"/> Loss of strength/unable to move
力が入らない・動かない | <input type="checkbox"/> Decrease/loss of sensation
感覚が鈍い・感じない |
| <input type="checkbox"/> Heartburn
胸焼け | <input type="checkbox"/> Lack of appetite/slow digestion
食欲不振・胃もたれ | <input type="checkbox"/> Abdominal bloating
腹が張る |

内科问诊表

内科問診票

1

☆☆☆想接着治疗正在治疗中的疾病☆☆☆

既に治療中の疾患に対する継続治療を希望の方

有无介绍信
紹介状の有無

有 -> 请出示
あり→見せてください

无
なし

慢性疾病的持续治疗
慢性疾患に対する継続治療

病情
病状は

稳定
安定

恶化倾向
悪化傾向

改善倾向
改善傾向

在我院治疗
当院の利用は

只治疗这一次
今回のみ

治疗一段时间
しばらくの間

今后一直治疗
今後ずっと

其他疾病 → 同时填写内科问诊单 2
上記以外の場合 → 内科問診票 2 も記入

诊断结果
診断は

已确定
確定している

(病名:)
(病名:)

未确定
確定していない

☆☆☆想进行预防注射☆☆☆

予防注射を希望の方

流感
インフルエンザ

其他 (预防注射的种类:
その他 (予防注射の種類:))

☆☆☆想进行身体检查☆☆☆

検査を希望の方

体检等
健康診断等

自治区的体检・疾病检查
自治体の健診・検診

企业体检
企業の健診

其他
その他

检查异常的复查 / 细查
検査異常の再検査 / 精査

血压
血圧

血液检查
血液検査

尿检
尿検査

X线 心电图
レントゲン 心電図

其他
その他

检查资料
検査資料は

有 -> 请出示
あり→見せてください

无
ない

其他
その他

☆☆☆想治疗症状 ☆☆☆
 症状の治療を希望の方

●何时/从何时开始的症状
 いつ/いつから

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 几小时内
数時間以内 | <input type="checkbox"/> 今天
今日 | <input type="checkbox"/> 几天前
数日前 |
| <input type="checkbox"/> 几个星期前
数週間前 | <input type="checkbox"/> 几个月前
数ヶ月前 | <input type="checkbox"/> 1年多以前
1年以上前 |

●现在的症状
 現在の症状

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 恶化倾向
悪化傾向 | <input type="checkbox"/> 不变
不変 | <input type="checkbox"/> 改善倾向
改善傾向 | <input type="checkbox"/> 现在没有
今はない |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

●出现频次
 頻度

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 连续
連続 | <input type="checkbox"/> 症状固定
(症状一定) | <input type="checkbox"/> 症状时强时弱)
症状強弱あり) |
| <input type="checkbox"/> 每天数次
日に数回 | <input type="checkbox"/> 几乎每天
ほぼ毎日 | <input type="checkbox"/> 每周数次
週に数回 |
| <input type="checkbox"/> 每月数次
月に数回 | <input type="checkbox"/> 每年数次
年に数回 | <input type="checkbox"/> 到目前为止 1~2 次
今までで 1~2 回 |

●什么样的症状(可多选)
 どのような (複数選択)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 发烧
発熱 | <input type="checkbox"/> 咳嗽、咳痰
咳・痰 | <input type="checkbox"/> 咽喉疼痛
のどの痛み |
| <input type="checkbox"/> 流鼻涕、鼻塞
鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> 头痛
頭痛 | <input type="checkbox"/> 恶心、呕吐
嘔気・嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛
腹痛 | <input type="checkbox"/> 便秘
便秘 | <input type="checkbox"/> 腹泻
下痢 |
| <input type="checkbox"/> 倦怠、易疲乏
だるい・疲れやすい | <input type="checkbox"/> 口渴
口渇 | <input type="checkbox"/> 异常出汗
発汗異常 |
| <input type="checkbox"/> 眩晕
めまい | <input type="checkbox"/> 头晕目眩
立ちくらみ | <input type="checkbox"/> 痉挛
けいれん |
| <input type="checkbox"/> 意识障碍
意識障害 | <input type="checkbox"/> 易摔跤
転びやすい | |
| <input type="checkbox"/> 心悸
動悸 | <input type="checkbox"/> 心律不齐
不整脈 | <input type="checkbox"/> 血压异常
血圧異常 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困难
呼吸苦 | <input type="checkbox"/> 气短
息切れ | <input type="checkbox"/> 哮喘
喘息 |
| <input type="checkbox"/> 体重急剧增加
急な体重増加 | <input type="checkbox"/> 体重急剧下降
急な体重減少 | <input type="checkbox"/> 尿异常
尿の異常 |
| <input type="checkbox"/> 发热
ほてる | <input type="checkbox"/> 发冷
冷える | <input type="checkbox"/> 浮肿
むくむ |
| <input type="checkbox"/> 疼痛
痛い | <input type="checkbox"/> 发痒
かゆい | <input type="checkbox"/> 发麻
しびれる |
| <input type="checkbox"/> 颤抖
震える | <input type="checkbox"/> 无力、不能动
力が入らない・動かない | <input type="checkbox"/> 感觉迟钝、无感觉
感覚が鈍い・感じない |
| <input type="checkbox"/> 烧心
胸焼け | <input type="checkbox"/> 食欲不振、胃下垂
食欲不振・胃もたれ | <input type="checkbox"/> 腹胀
腹が張る |

내과 문진표

内科問診票

1

☆☆☆ 이미 치료 중인 질환에 대해 치료를 계속하고 싶으신 분 ☆☆☆
既に治療中の疾患に対する継続治療を希望の方

소개장 유무 있다 → 보여 주십시오 없다
紹介状の有無 あり→見せてください なし

만성 질환에 대한 지속적인 치료
慢性疾患に対する継続治療

병세는 <small>病状は</small>	<input type="checkbox"/> 안정 <small>安定</small>	<input type="checkbox"/> 악화 경향 <small>悪化傾向</small>	<input type="checkbox"/> 개선 경향 <small>改善傾向</small>
본 병원의 이용은 <small>当院の利用は</small>	<input type="checkbox"/> 이번만 <small>今回のみ</small>	<input type="checkbox"/> 당분간 <small>しばらくの間</small>	<input type="checkbox"/> 앞으로 계속 <small>今後ずっと</small>

상기 이외의 경우 → 내과 문진표2도 기재
上記以外の場合 → 内科問診票2も記入

진단은 확정돼 있다 (병명:)
診断は 確定している (病名:)

확정되지 않았다
確定していない

☆☆☆ 예방접종을 희망하시는 분 ☆☆☆
予防注射を希望の方

인플루엔자
インフルエンザ

기타 (예방접종의 종류:)
その他 (予防注射の種類:)

☆☆☆ 검사를 희망하시는 분 ☆☆☆
検査を希望の方

건강진단 등
健康診断等

<input type="checkbox"/> 지자체의 건강검진·검진 <small>自治体の健診・検診</small>	<input type="checkbox"/> 기업의 건강검진 <small>企業の健診</small>	<input type="checkbox"/> 기타 <small>その他</small>
---	---	---

검사 이상에 따른 재검사/정밀 조사
検査異常の再検査/精査

<input type="checkbox"/> 혈압 <small>血圧</small>	<input type="checkbox"/> 혈액 검사 <small>血液検査</small>	<input type="checkbox"/> 소변 검사 <small>尿検査</small>	<input type="checkbox"/> X-레이 <input type="checkbox"/> 심전도 <small>レントゲン 心電図</small>	<input type="checkbox"/> 기타 <small>その他</small>
--	---	--	---	---

검사 자료는 있다 → 보여 주십시오 없다
検査資料は ある→見せてください ない

기타
その他

☆☆☆ 증상의 치료를 희망하시는 분 ☆☆☆
 症状の治療を希望の方

● 언제/언제부터
 いつ/いつから

수 시간 이내
 数時間以内

오늘
 今日

며칠 전
 数日前

수 주일 전
 数週間前

수 개월 전
 数ヶ月前

1년 이상 전
 1年以上前

● 현재 증상
 現在の症状

악화 경향
 悪化傾向

변화 없음
 不変

개선 경향
 改善傾向

지금은 없음
 今はない

● 빈도
 頻度

연속
 連続

(증상 일정
 (症状一定

증상 강약 있음)
 (症状強弱あり)

하루에 몇 차례
 日に数回

거의 매일
 ほぼ毎日

일주일에 몇 차례
 週に数回

한 달에 몇 차례
 月に数回

일 년에 몇 차례
 年に数回

지금까지 1~2회
 今までで1~2回

● 증상 (복수 선택)
 どのような (複数選択)

발열
 発熱

기침, 가래
 咳・痰

목의 통증
 のどの痛み

콧물, 코막힘
 鼻水・鼻づまり

두통
 頭痛

메스꺼움, 구토
 嘔気・嘔吐

복통
 腹痛

변비
 便秘

설사
 下痢

나른함, 금방 피곤해 짐
 だるい・疲れやすい

목 마름
 口渴

발한 이상
 発汗異常

현기증
 めまい

일어설 때 현기증
 立ちくらみ

경련
 けいれん

의식장애
 意識障害

잘 넘어진다
 転びやすい

혈압 이상
 血圧異常

두근거림
 動悸

부정맥
 不整脈

천식
 喘息

호흡곤란
 呼吸苦

숨이 참
 息切れ

소변 이상
 尿の異常

급격한 체중 증가
 急な体重増加

급격한 체중 감소
 急な体重減少

부기
 むくむ

화끈거림
 ほてる

냉증
 冷える

저림
 しびれる

통증
 痛い

가려움
 かゆい

감각이 둔하다·없다
 感覚が鈍い・感じない

떨림증
 震える

힘이 안 들어간다, 움직이지 않는다
 力が入らない・動かない

가슴 쓰림
 胸焼け

식욕부진, 더부룩함
 食欲不振・胃もたれ

복부 팽만감
 腹が張る

内科(韓)

Cuestionario de Medicina Interna

内科問診票

1

☆☆☆ Persona que desea continuar con el tratamiento ya iniciado antes ☆☆☆

既に治療中の疾患に対する継続治療を希望の方

¿Tiene un parte interconsulta (derivación sanitaria)? Sí -> Muéstrello. No
紹介状の有無 あり→見せてください なし

Tratamiento continuado de una enfermedad crónica:
慢性疾患に対する継続治療

Estado actual de la enfermedad: Estable Se empeora. Va mejorando.
病状は 安定 悪化傾向 改善傾向

Consulta en este hospital: Sólo esta vez Por algún tiempo De forma continua
当院の利用は 今回のみ しばらくの間 今後ずっと

En un caso fuera de lo anterior: Favor de rellenar también el “Cuestionario de Medicina Interna 2”.
上記以外の場合 → 内科問診票2も記入

Diagnóstico: Tengo diagnóstico definitivo (Nombre: _____)
診断は 確定している (病名: _____)

No tengo ningún diagnóstico definitivo.
確定していない

☆☆☆ Persona que desea recibir la vacuna ☆☆☆

予防注射を希望の方

Gripe / Influenza
インフルエンザ

Otros (Especifique el tipo de vacunación: _____)
その他 (予防注射の種類: _____)

☆☆☆ Persona que desea recibir el examen ☆☆☆

検査を希望の方

Examen médico, etc.
健康診断等

Examen médico de la municipalidad Examen médico de la compañía Otros
自治体の健診・検診 企業の健診 その他

Examen minucioso o reexaminación por anomalía
検査異常の再検査/精査

Presión arterial Análisis de sangre Análisis de orina Rayo X Electrocardiograma Otros
血圧 血液検査 尿検査 レントゲン 心電図 その他

¿Tiene los documentos del examen? Sí -> Muéstrellos. No
検査資料は ある→見せてください ない

Otros
その他

☆☆☆ Persona que desea recibir el tratamiento ☆☆☆
 症状の治療を希望の方

● ¿Desde cuándo?
 いつ/いつから

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desde hace unas horas
数時間以内 | <input type="checkbox"/> Desde hoy
今日 | <input type="checkbox"/> Desde hace unos días
数日前 |
| <input type="checkbox"/> Desde hace unas semanas
数週間前 | <input type="checkbox"/> Desde hace unos meses
数ヶ月前 | <input type="checkbox"/> Desde hace más de 1 año
1年以上前 |

● ¿Cuál es el estado actual de la enfermedad?
 現在の症状

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se empeora.
悪化傾向 | <input type="checkbox"/> No cambia.
不変 | <input type="checkbox"/> Va mejorando.
改善傾向 | <input type="checkbox"/> Ahora no tengo síntoma.
今はない |
|--|---|--|--|

● ¿Cuál es la frecuencia de la enfermedad?
 頻度

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De forma continua
連続 | (<input type="checkbox"/> Tengo un síntoma constante.
症状一定) | <input type="checkbox"/> Hay cambio de intensidad.)
症状強弱あり) |
| <input type="checkbox"/> Unas veces al día
日に数回 | <input type="checkbox"/> Casi todos los días
ほぼ毎日 | <input type="checkbox"/> Unas veces a la semana
週に数回 |
| <input type="checkbox"/> Unas veces al mes
月に数回 | <input type="checkbox"/> Unas veces al año
年に数回 | <input type="checkbox"/> 1 ó 2 veces hasta ahora
今までで1~2回 |

● ¿Cómo es el síntoma? (Múltiples respuestas permitidas)
 どのような (複数選択)

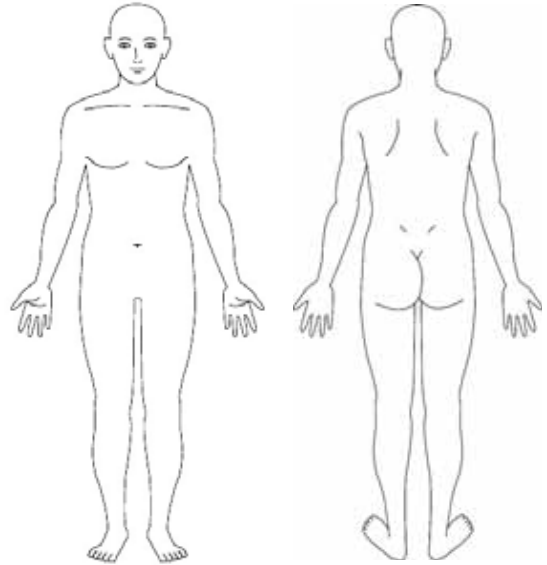
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre
発熱 | <input type="checkbox"/> Tos / esputo
咳・痰 | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta
のどの痛み |
| <input type="checkbox"/> Mocos / congestión nasal
鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
頭痛 | <input type="checkbox"/> Náusea / vómito
嘔気・嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Dolor de vientre
腹痛 | <input type="checkbox"/> Estreñimiento
便秘 | <input type="checkbox"/> Diarrea
下痢 |
| <input type="checkbox"/> Languidez / cansarse fácilmente
だるい・疲れやすい | <input type="checkbox"/> Sequedad bucal
口渇 | <input type="checkbox"/> Anomalía de sudor
発汗異常 |
| <input type="checkbox"/> Mareos
めまい | <input type="checkbox"/> Mareo al ponerse de pie
立ちくらみ | <input type="checkbox"/> Convulsión
けいれん |
| <input type="checkbox"/> Desorden de consciencia
意識障害 | <input type="checkbox"/> Propenso/a a caer
転びやすい | <input type="checkbox"/> Presión arterial anormal
血圧異常 |
| <input type="checkbox"/> Palpitación
動悸 | <input type="checkbox"/> Arritmia
不整脈 | <input type="checkbox"/> Asma
喘息 |
| <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria
呼吸苦 | <input type="checkbox"/> Ahogo
息切れ | <input type="checkbox"/> Anomalía de orina
尿の異常 |
| <input type="checkbox"/> Aumento repentino de peso
急な体重増加 | <input type="checkbox"/> Pérdida repentina de peso
急な体重減少 | <input type="checkbox"/> Hinchazón
むくむ |
| <input type="checkbox"/> Acaloramiento
ほてる | <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad al frío
冷える | <input type="checkbox"/> Entumecimiento
しびれる |
| <input type="checkbox"/> Dolor
痛い | <input type="checkbox"/> Picazón
かゆい | <input type="checkbox"/> Sensación anormal o nula
感覚が鈍い・感じない |
| <input type="checkbox"/> Temblor
震える | <input type="checkbox"/> No tiene ánimo, no se mueve.
力が入らない・動かない | <input type="checkbox"/> Hinchazón de vientre
腹が張る |
| <input type="checkbox"/> Ardor de estómago
胸焼け | <input type="checkbox"/> Falta de apetito / estómago pesado
食欲不振・胃もたれ | |

Medical Questionnaire (Dermatology)

皮膚科問診票

1. Please answer the following questions regarding your current medical condition. 今回の件について伺います。

1-a; Please circle the areas where you have symptoms. 症状がある所に○をつけてください。



1-b; When did the symptoms start? いつからですか？

- __/years __/months __/days ago
年 ヶ月 日 前から
 About __ o'clock today
本日 時頃から

1-c; Do you have any subjective symptoms?

- 自覚症状はありますか？
 Itching Pain Flashes Chills
かゆみ 痛み ほてり 悪寒
 Burning Other None
熱い その他 なし

1-d; Please check all that apply to your symptoms indicated in 1-c. 1-c について当てはまる言葉は？

- Intense Mild Constantly Sometimes
強い 軽い 常に 時々
 Repeatedly In cold weather In hot weather In the morning
繰り返す 寒い時 暑い時 朝
 During daytime At night Difficulty sleeping Awakened by itching
日中 夜間 眠れない 痒みで目が覚める

1-e; If you have symptoms associated with injuries or burns, please check the items that apply. けがや火傷の方に伺います。当てはまるものは？

- They occurred: Outdoor Indoor At workplace
屋外で 室内で 職場で
 Caused by: Knife Glass Animal Hot water Steam Fire
原因: 刃物 ガラス 動物 湯 蒸気 火
 Hot water bottle/pocket warmer Machinery Chemicals/Other _____
湯たんぽ・カイロ 機械 薬品・その他

1-f; Have you ever received any treatment for your current condition?

今回の事に対して治療を受けた事がありますか？

- Now undergoing treatment at medical facilities
医療機関で治療中
 Previously received treatment (until __/year __/month)
以前治療を受けた (年 月頃まで)
 * Treatment included: Oral medication (Drug name: _____)
治療の内容 内服 (薬剤名: _____)
 Topical medication (Drug name: _____)
外用 (薬剤名: _____)
 Treatment of wounds Phototherapy Injections
傷の処置 光線 注射
 Surgery Other
手術 その他
 Received treatment at non-medical facilities (such as osteopathy, aesthetics, and/or acupuncture) 非医療機関 (整骨院・エステサロン・鍼灸院など)
 Used OTC drugs Used cosmetics None
市販薬を使った 化粧品を使った なし

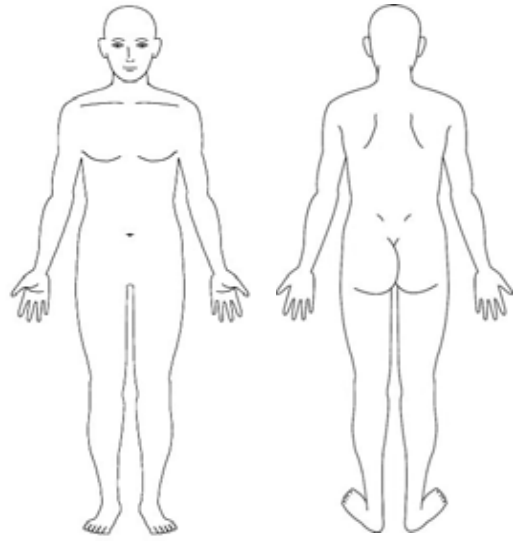
2. Have you presented allergic reactions to any of the following items?

下記のものにかぶれた事があればチェックして下さい。

- Topical medications Skin patch Disinfectants Other chemicals
塗り薬 貼り薬 消毒薬 その他薬品
 Cosmetics Metals Plants Sunlight
化粧品 金属 植物 日光
 Other _____
その他

皮肤科问诊表

皮膚科問診票



1. 就本次情况进行询问。

今回の件について伺います。

1- a 请在有症状的部位画□

症状がある所に○をつけてください。

1- b 从什么时候开始的?

いつからですか?

从□____年 □__个月
年 月

□__天前开始
日 前から

□从今日____点左右开始
本日 時頃から

1-c 有自觉症状吗?

自觉症状はありますか?

- 发痒 (かゆみ) 疼痛 (痛み) 发热 (ほてり)
发冷 (悪寒) 热 (熱い) 其他 (その他) 无 (なし)

1-d; 适合 1-c 症状的词是哪个?

1-c について当てはまる言葉は?

- 重 (強い) 轻 (軽い) 经常 (常に) 有时 (時々)
反复 (繰り返す) 寒冷时 (寒い時) 炎热时 (暑い時) 早晨 (朝)
白天 (日中) 夜间 (夜間) 睡不着 (眠れない) 痒醒 (痒みで目が覚める)

1-e; 请问外伤及烧伤者, 以下符合项是哪个?

けがや火傷の方に伺います。当てはまるものは?

- 在屋外 (屋外で) 在室内 (室内で) 在单位 (職場で)
 原因 (刀具 (刃物) 玻璃 (ガラス) 动物 (動物) 开水 (湯) 蒸汽 (蒸気) 火 (火)
热宝 (湯たんぽ) 温热贴 (カイロ) 机械 (機械) 药品 (薬品) 其他 (その他) _____)

1-f; 本次的情况接受过治疗吗?

今回の事に対して治療を受けた事がありますか?

- 正在医疗机构治疗 (医療機関で治療中) 以前接受过治疗 (____年 ____月之前) (以前治療を受けた (____年 ____月頃まで))
 治疗内容 (治療の内容) 内服 (药物名称: _____) (内服 (薬剤名: _____))
外用 (药物名称: _____) (外用 (薬剤名: _____))
伤口处置 (傷の処置) 光线 (光線) 注射 (注射) 手术 (手術) 其他 (その他)
非医疗机构 (接骨院、美容沙龙、针灸院等) (非医療機関 (整骨院・エステサロン・鍼灸院など))
使用了市面上销售的药 (市販薬を使った) 使用了化妆品 (化粧品を使った) 无 (なし)

2. 如果对以下物品出现过皮疹, 请指出。

下記のものにかぶれた事があればチェックして下さい。

- 药膏 (塗り薬) 贴药 (貼り薬) 消毒药 (消毒薬) 其他药品 (その他薬品)
化妆品 (化粧品) 金属 (金属) 植物 (植物) 日光 (日光)
其他 (その他) _____

皮膚科(中)

피부과 문진표

皮膚科問診票

1. 이번 증상에 대한 질문입니다.

今回の件について伺います。

1-a; 증상이 있는 곳에 □ 표시 하십시오.

症状がある所に○をつけてください。

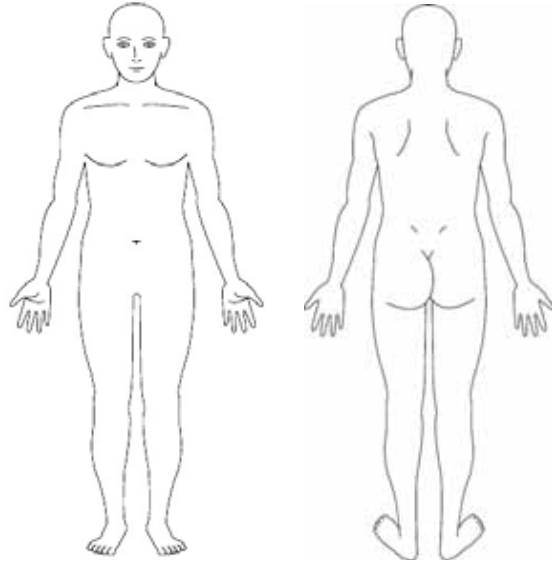
1-b; 언제부터 증상이 있었습니까?

いつからですか?

□__년 □__개월 □__일 전부터

□오늘 _____시 무렵부터

本日 時頃から



1-c ; 자각증상이 있습니까? 自覚症状はありますか?

□가려움 □통증 □화끈거림

□오한 □열감 □기타 □없음

かゆみ 痛み ほてり
悪寒 熱い その他 なし

1-d; 1-c 의 자각증상에 대해 해당하는 표현은 무엇입니까?

1-c について当てはまる言葉は?

□강하다 □가볍다 □항상 □가끔
□반복적 □추울 때 □더울 때 □아침
□낮 □야간 □잠을 못 잔다 □가려워서 잠이 깬다

強い 軽い 常に 時々
繰り返す 寒い時 暑い時 朝
日中 夜間 眠れない 痒みで目が覚める

1-e; 상처 또는 화상을 입으신 분께 드리는 질문입니다. 해당하는 것은 무엇입니까?

けがや火傷の方に伺います。当てはまるものは?

□실외에서 □실내에서 □직장에서
□동물 □뜨거운 물 □증기 □불
□탕파·손난로 □기계 □약품·기타

原因: 刃物 ガラス 動物 湯 蒸気 火
湯たんぼ・カイロ 機械 薬品・その他

1-f; 이번 증상에 대해 치료를 받은 적이 있습니까?

今回の事に対して治療を受けた事がありますか?

□의료기관에서 치료 중 □전에 치료를 받았다 () 년 월 무렵부터 ()
医療機関で治療中 以前治療を受けた () 年 月頃まで

* 치료 내용 □내복 (약제명:) □외용 (약제명:)

□상처 처치 □광선 □주사 □수술 □기타

□비의료기관 (접골원, 에스테틱 살롱, 침뜸원 등)

□시판 약을 사용했다 □화장품을 사용했다 □없음

市販薬を使った 化粧品を使った なし

2. 아래 기재된 것 때문에 트러블이 발생한 적이 있으면 체크해 주십시오.

下記のものにかぶれた事があればチェックして下さい。

□바르는 약 □붙이는 약 □소독약 □기타 약품
□화장품 □금속 □식물 □일광
□기타

塗り薬 貼り薬 消毒薬 その他薬品
化粧品 金属 植物 日光
その他

皮膚科(韓)

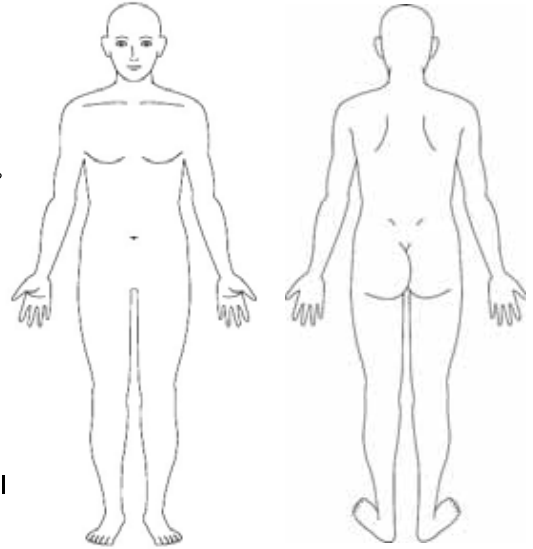
Cuestionario de Dermatología

皮膚科問診票

1. Sírvase contestar las siguientes preguntas sobre la consulta de esta vez:

今回の件について伺います。

1-a: Indique con un círculo la(s) parte(s) con síntoma.
 症状がある所に○をつけてください。



1-b: ¿Desde cuándo? いつからですか?

Desde hace ____ años, ____ meses, ____ días
年 ヶ月 日 前から

Desde hoy, a las ____ horas aproximadamente
本日 時頃から

1-c: ¿Tiene algún síntoma? 自覚症状はありますか?

- Picazón Dolor Acaloramiento
かゆみ 痛み ほてり
- Escalofrío Fiebre Otros Ninguno
悪寒 熱い その他 なし

1-d: ¿Cuáles son las palabras más adecuadas para expresar el síntoma del apartado 1-c? 1-c について当てはまる言葉は?

- Fuerte Leve Siempre A veces
強い 軽い 常に 時々
- Reiterado Cuando hace frío Cuando hace calor Por la mañana
繰り返す 寒い時 暑い時 朝
- Durante el día Por la noche No puedo dormir Despertarse por la picazón
日中 夜間 眠れない 痒みで目が覚める

1-e: En caso de lesión o quemadura, ¿cuál de las situaciones o causas siguientes le corresponde(n)?
 けがや火傷の方に伺います。当てはまるものは?

- Al aire libre Interior En el lugar de trabajo
屋外で 室内で 職場で
- Causa (Instrumento cortante Cristal Animal Agua caliente Vapor Llama
原因: 刃物 ガラス 動物 湯 蒸気 火
- Calientapiés/Calientamanos Máquina Producto químico/otros: _____
湯たんぼ・カイロ 機械 薬品・その他

1-f: ¿Ha recibido algún tratamiento para el síntoma o lesión de esta vez?

今回の事に対して治療を受けた事がありますか?

- Sí, estoy recibiendo en un centro médico. Sí, lo he recibido antes. (Hasta año ____ mes ____)
医療機関で治療中 以前治療を受けた (年 月頃まで)

Detalles del tratamiento: Medicamento por vía oral (Nombre: _____)
治療の内容 内服 (薬剤名: _____)

Medicamento de uso externo (Nombre: _____)
外用 (薬剤名: _____)

Tratamiento de heridas Rayos Inyección Operación Otros
傷の処置 光線 注射 手術 その他

Sí, en centro NO médico. (Consultorio de osteopatía, salón de belleza, acupuntura y moxibustión, etc.)
非医療機関 (整骨院・エステサロン・鍼灸院など)

He usado medicamento en venta. He usado cosméticos. No he usado nada.
市販薬を使った 化粧品を使った なし

2. Tache la opción correspondiente si tiene alergia con los siguientes:

下記のものにかぶれた事があればチェックして下さい。

Ungüento Parche medicinal Desinfectante Otros medicamentos
塗り薬 貼り薬 消毒薬 その他薬品

Cosméticos Metal Planta Rayo del sol
化粧品 金属 植物 日光

Otros, Especifique: _____
その他

English

中文

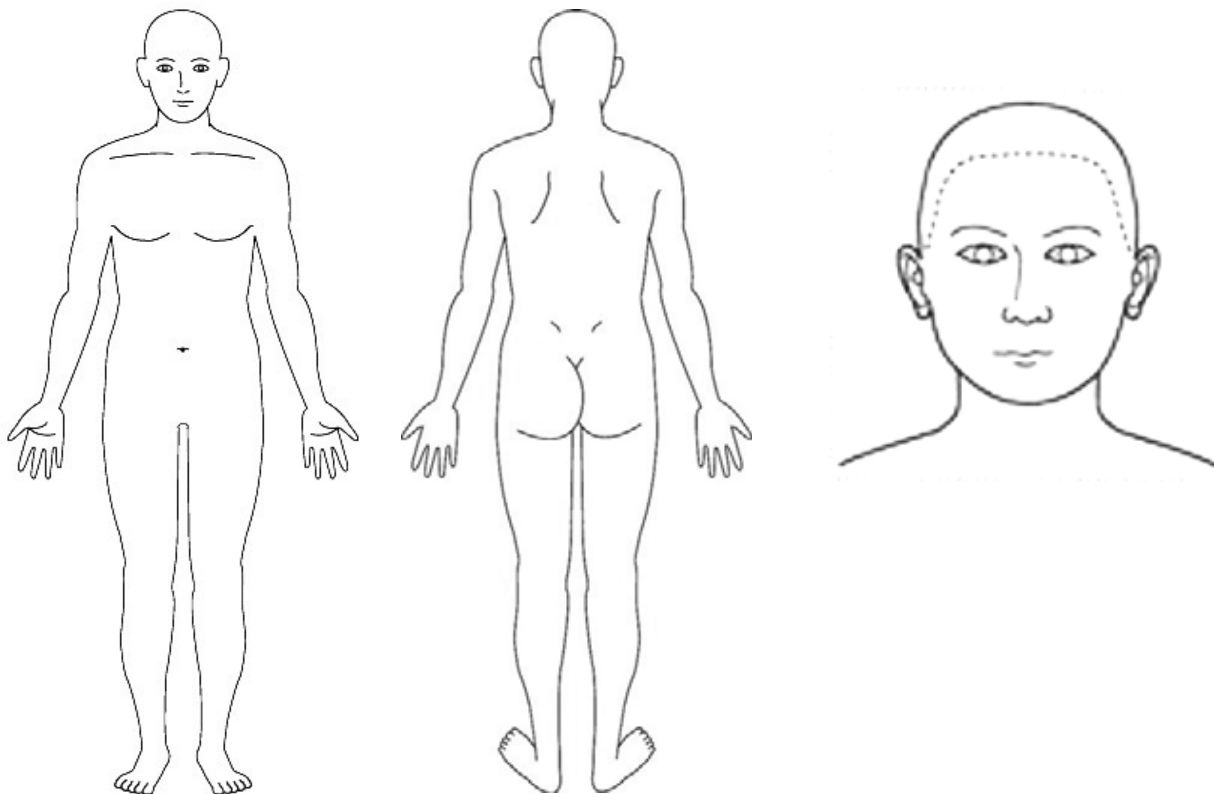
한국어

Español

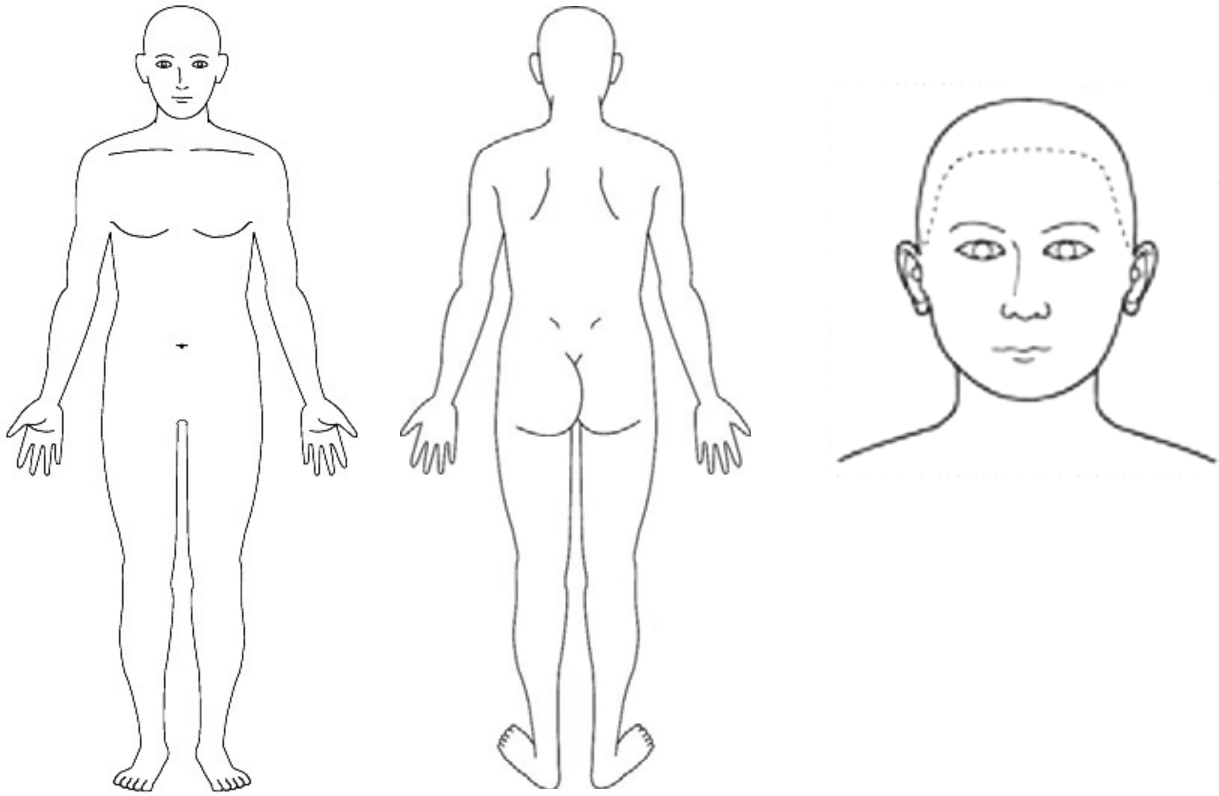
日本語

※この用紙は、患者さんが来院時に解る言語を選択して
頂くのにご使用下さい。

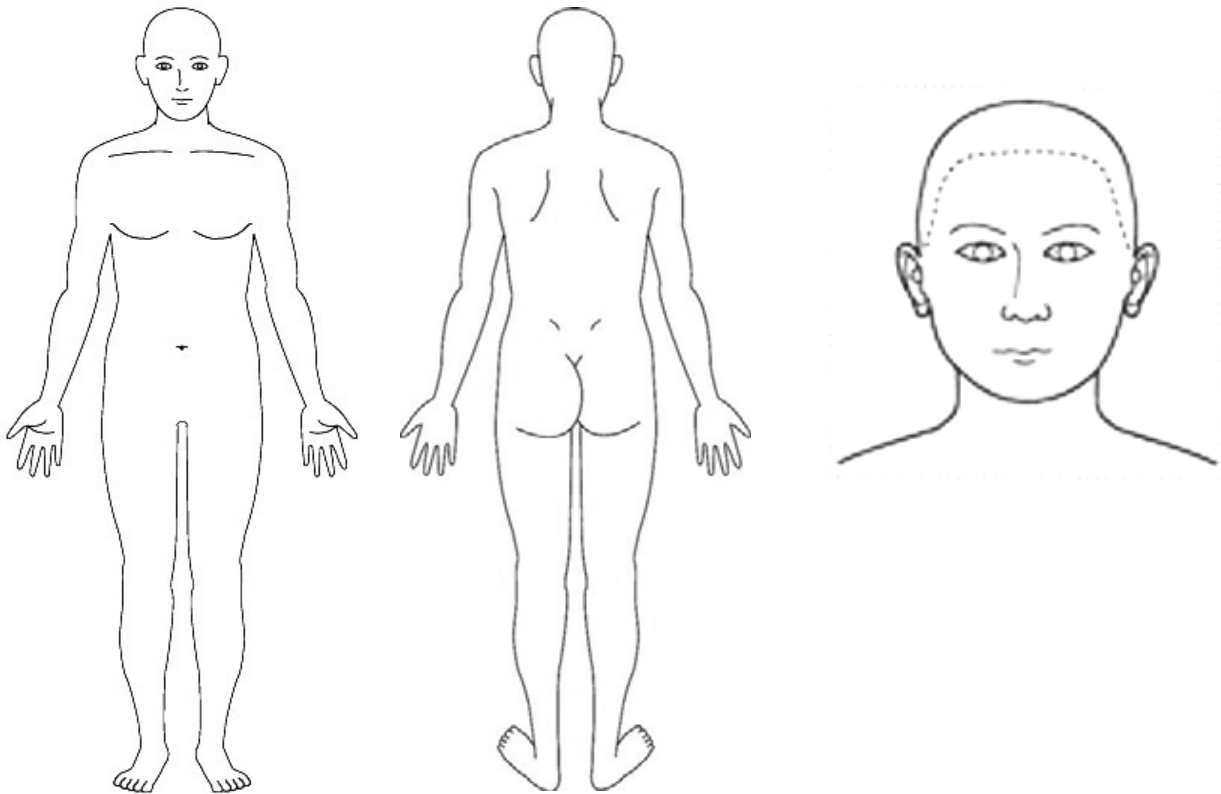
<付録2>



- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Front
前 | <input type="checkbox"/> Back
後 | <input type="checkbox"/> Side
横 | <input type="checkbox"/> Upper
上 | <input type="checkbox"/> Lower
下 |
| <input type="checkbox"/> Surface
表 | <input type="checkbox"/> Inside
中 | <input type="checkbox"/> Beneath
裏 | <input type="checkbox"/> Right
右 | <input type="checkbox"/> Left
左 |
| <input type="checkbox"/> Many
多い | <input type="checkbox"/> Few
少ない | <input type="checkbox"/> Intense
強い | <input type="checkbox"/> Mild
弱い | |
| <input type="checkbox"/> Head
頭 | <input type="checkbox"/> Face
顔 | <input type="checkbox"/> Eye
目 | <input type="checkbox"/> Nose
鼻 | <input type="checkbox"/> Mouth
口 |
| <input type="checkbox"/> Ear
耳 | <input type="checkbox"/> Throat
喉 | <input type="checkbox"/> Tongue
舌 | <input type="checkbox"/> Trachea
気管 | <input type="checkbox"/> Esophagus
食道 |
| <input type="checkbox"/> Stomach
胃 | <input type="checkbox"/> Chest
胸 | <input type="checkbox"/> Abdomen
腹 | <input type="checkbox"/> Back
背中 | <input type="checkbox"/> Lower back
腰 |
| <input type="checkbox"/> Upper arm
上腕 | <input type="checkbox"/> Forearm
前腕 | <input type="checkbox"/> Hand
手 | <input type="checkbox"/> Finger
指 | <input type="checkbox"/> Nail
爪 |
| <input type="checkbox"/> Thigh
大腿 | <input type="checkbox"/> Lower leg
下腿 | <input type="checkbox"/> Foot
足 | | |

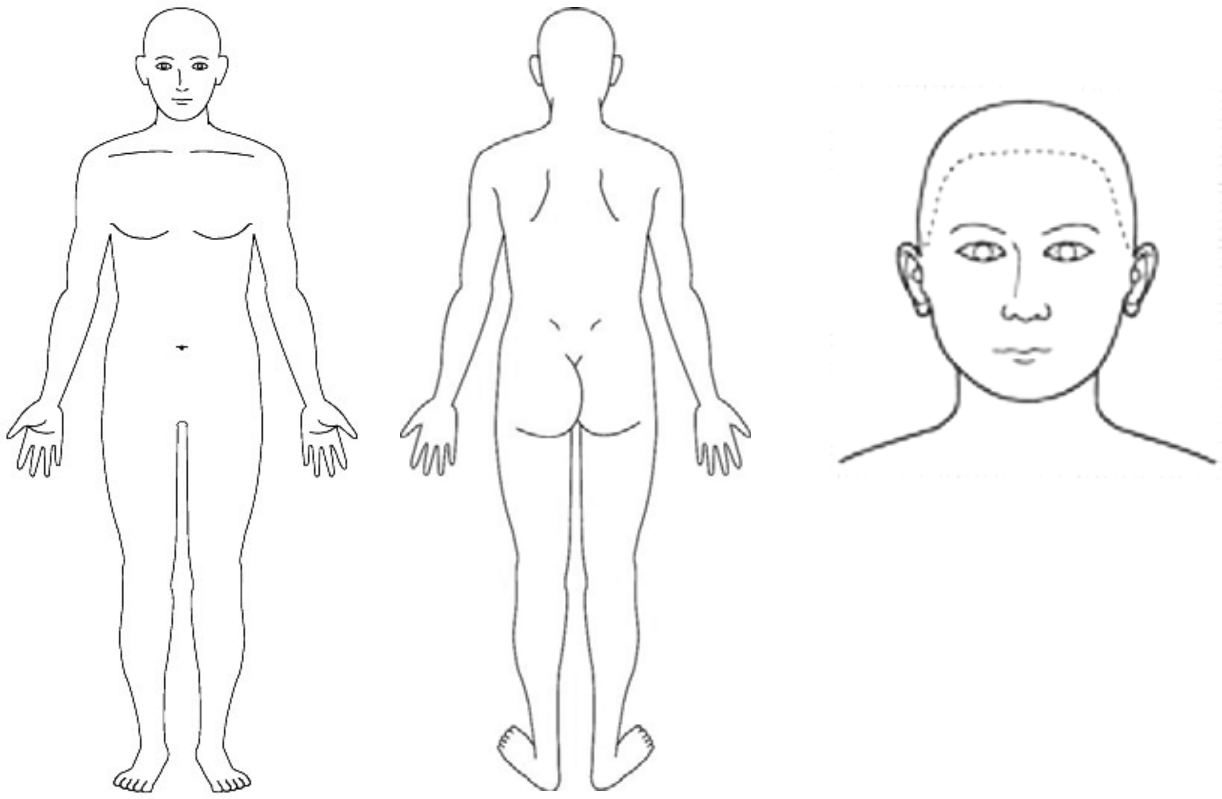


- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 前
前 | <input type="checkbox"/> 后
後 | <input type="checkbox"/> 旁边
横 | <input type="checkbox"/> 上
上 | <input type="checkbox"/> 下
下 |
| <input type="checkbox"/> 表面
表 | <input type="checkbox"/> 中间
中 | <input type="checkbox"/> 背面
裏 | <input type="checkbox"/> 右
右 | <input type="checkbox"/> 左
左 |
| <input type="checkbox"/> 多
多い | <input type="checkbox"/> 少
少ない | <input type="checkbox"/> 強
強い | <input type="checkbox"/> 弱
弱い | |
| <input type="checkbox"/> 頭
頭 | <input type="checkbox"/> 顔
顔 | <input type="checkbox"/> 眼
目 | <input type="checkbox"/> 鼻
鼻 | <input type="checkbox"/> 口
口 |
| <input type="checkbox"/> 耳
耳 | <input type="checkbox"/> 喉
喉 | <input type="checkbox"/> 舌
舌 | <input type="checkbox"/> 气管
気管 | <input type="checkbox"/> 食道
食道 |
| <input type="checkbox"/> 胃
胃 | <input type="checkbox"/> 胸
胸 | <input type="checkbox"/> 腹
腹 | <input type="checkbox"/> 脊背
背中 | <input type="checkbox"/> 腰
腰 |
| <input type="checkbox"/> 上膊
上腕 | <input type="checkbox"/> 前膊
前腕 | <input type="checkbox"/> 手
手 | <input type="checkbox"/> 指
指 | <input type="checkbox"/> 指甲
爪 |
| <input type="checkbox"/> 大腿
大腿 | <input type="checkbox"/> 小腿
下腿 | <input type="checkbox"/> 脚
足 | | |



- | | | | | |
|------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| □ 전
前 | □ 후
後 | □ 옆
橫 | □ 상
上 | □ 하
下 |
| □ 바깥쪽
表 | □ 안쪽
中 | □ 뒤쪽
裏 | □ 오른쪽
右 | □ 왼쪽
左 |
| □ 많다
多い | □ 적다
少ない | □ 강하다
強い | □ 약하다
弱い | |

- | | | | | |
|-------------|-------------|----------|---------------|--------------|
| □ 머리
頭 | □ 얼굴
顔 | □ 눈
目 | □ 코
鼻 | □ 입
口 |
| □ 귀
耳 | □ 목
喉 | □ 혀
舌 | □ 기관
氣管 | □ 식도
食道 |
| □ 위
胃 | □ 가슴
胸 | □ 배
腹 | □ 등
背中 | □ 허리
腰 |
| □ 위팔
上腕 | □ 아래팔
前腕 | □ 손
手 | □ 손(발)가락
指 | □ 손(발)톱
爪 |
| □ 넓다리
大腿 | □ 종아리
下腿 | □ 발
足 | | |



Delante
前

Superficie
表

Mucho
多い

Cabeza
頭

Oreja
耳

Estómago
胃

Brazo
上腕

Muslo
大腿

Detrás
後

Dentro
中

Poco
少ない

Cara
顔

Garganta
喉

Pecho
胸

Antebrazo
前腕

Pierna
下腿

Lado
横

Dorso
裏

Fuerte
強い

Ojo
目

Lengua
舌

Vientre
腹

Mano
手

Pie
足

Arriba
上

Derecha
右

Débil
弱い

Nariz
鼻

Tráquea
気管

Espalda
背中

Dedo
指

Abajo
下

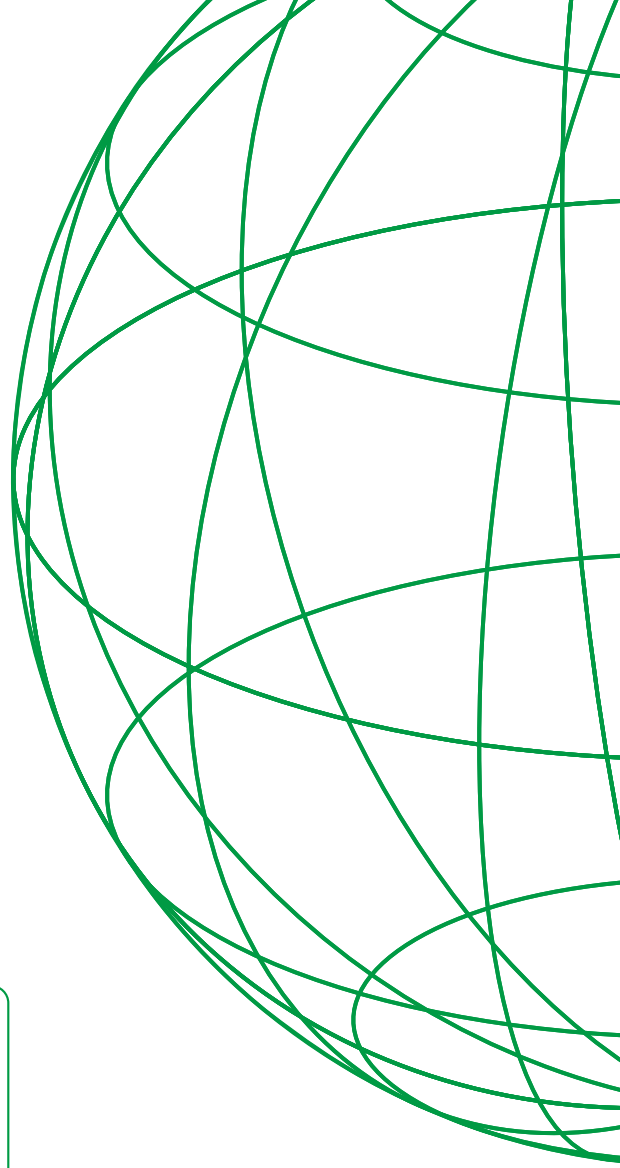
Izquierda
左

Boca
口

Esófago
食道

Cadera
腰

Uña
爪



千葉市医師会医業対策研究委員会

委員長	宮本隆行	(耳鼻科医会)
副委員長	百武衆一	(整形外科医会)
委員	前田樹里子	(皮膚科医会)
委員	若杉宏明	(小児科医会)
委員	舟波裕	(外科医会)
委員	織田泰寛	(精神科医会)
委員	渡邊悌	(眼科医会)
委員	宮本潤一	(内科医会)
委員	楯浩行	(産婦人科医会)

千葉市医師会福祉部

担当理事	小出明範
副担当理事	大野ますみ
担当副会長	今井俊哉

平成27年6月発行