

受付
Reception

発熱のある方は受付前に申し出てください。

If you have a fever, please tell to the receptionist.

- はい。発熱しています。 Yes, I have a fever. いいえ。発熱していません。
 No, I don't have a fever.

下痢、腹痛のある方は申し出てください。

If you have diarrhea or stomachache, please tell it.

- はい。下痢しています。 Yes, I had diarrhea. はい。腹痛です。
 Yes, I have stomachache.

- いいえ。下痢、腹痛ともありません。
 No, I don't have both diarrhea and stomachache.

- ()が疑われますので、隔離する必要があります。(表3を参照して記号・番号で記入)
 Because () is suspected, you need to be kept in quarantine.
(Write by symbols or numbers in reference to Table 3.)

- 伝染病の病気が疑われます。
 You may be affected by the infectious disease.

- 伝染病専門施設での治療が必要です。
 You need to be treated in the infectious hospital.

いつ日本に来ましたか？

When did you come to Japan?

- ()日・月・年 前
 Before () day / month / year

どこの国からきましたか？

From what country did you come?

- (国名:)
 (The name of country:)

最近日本以外の国に行きましたか？

Did you go to countries other than Japan recently?

- はい。()に行きました。
 Yes, I went to ().

- いいえ。行きません。
 No, I didn't go anywhere.

あなたはこの病院で治療を受けたことはありますか？

Have you ever been treated at this hospital before?

- はい。以前に治療を受けました。
 Yes, I have been treated here before.
その診療科はどこですか？(表2を参照して記号・番号で記入)

- Where is the department of medical examination?
(Write by symbols or numbers in reference to Table 2.)

- 診察券をお出してください。
 Please submit your ID card.

- いいえ。ありません。
 No, I don't have it.

普段通院している病院はありますか？

Is there any hospital to which you usually go?

はい。あります。(病院名：)

Yes, there is. (The name of hospital:)

いいえ。ありません。

No, there is not.

紹介状を持ってきましたか？

Did you bring the letter of introduction?

はい。持ってきました。

Yes, I have it with me.

いいえ。持ってきません。

No, I didn't bring it with me.

紹介状を持っていないと、医療費とは別に保険外併用療養費として¥〇〇〇円を支払っていただくこと
になりますが、よろしいですか？

If you don't have a health insurance card, that means you will be required to pay ¥ _____ as payments not covered by health insurance in addition to the medical expense. Is this all right with you?

はい。支払います。

Yes, I will pay for it.

日本の健康保険証を持ってきましたか？

Did you bring your Japanese National Health Insurance card?

はい。持ってきました。

Yes, I have it with me.

持っていますが、今日は持ってきていません。

I have one, but I didn't bring it with me today.

いいえ。持っていません。

No, I don't have a health insurance card.

健康保険証を持っていないと医療費は全額自己負担で、現金かクレジットカードで払っていただくこと
になりますが、よろしいですか？

If you don't have a health insurance card, that means you will have to pay the entire bill yourself, and you will be required to pay in cash or by credit card. Is this all right with you?

はい。現金で支払います。

Yes, I will pay in cash.

はい。クレジットカードで支払います。

No, I can't pay for it. I will pay by credit card.

現金の持ち合わせがないので、後日支払いに来ます。

Since I don't have enough cash, I will come to pay later.

身分を証明できるものがあればお出しください。

If you have some kind of identification, please submit it.

コピーをとらせていただきます。

I will make the copy.

申込書
Patient Registration Form

カルテと診察券を作りますので、お呼びするまでお待ちください。この申込書に次の項目を記入してください。
We will make your patient file and ID card, so please wait until we call your name. Please fill in this patient registration form.

名前 Name _____	国籍 Nationality _____
性別 Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	年齢 Age _____
生年月日 Date of Birth _____	
年 / 月 / 日 Year Month Day	
現住所 Current Address _____	
電話番号 Telephone Number _____ ()	
職業 Occupation _____	
勤務先名 Name of Employer _____	電話番号 Telephone Number _____

問診票
Medical Interview Form

どうしましたか？
Please tell me what the problem is.

- 一般
General practice
- 検診希望 予防接種希望
Need to take a medical examination Need to have a vaccination
- 検診で異常を指摘された
Abnormality was pointed out by the medical examination
- けがをした（部位： ） 痛い（部位： ）
I was injured (Part:) I have pain (Part:)
- 熱がある だるい
I have a fever I feel low in energy
- 体重が減った 痒い（部位： ）
I lost weight I have itching (Part:)
- 寒気がする 食欲が無い 口が渴く
I feel a chill I don't have any appetite I feel a thirst

頭部・目・耳・鼻・のど

Head, Eye, Ear, Nose, Throat

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 気を失った
<input type="checkbox"/> I fainted | <input type="checkbox"/> 目がかすむ
<input type="checkbox"/> I have dim sight | <input type="checkbox"/> 耳鳴り
<input type="checkbox"/> I have buzzing in the ear |
| <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり
<input type="checkbox"/> I have a runny nose or a plugged nose | | <input type="checkbox"/> 物忘れ
<input type="checkbox"/> I have memory loss |
| <input type="checkbox"/> 二重に見える
<input type="checkbox"/> A thing looks double | <input type="checkbox"/> めまい
<input type="checkbox"/> I feel dizzy | <input type="checkbox"/> 咽頭痛
<input type="checkbox"/> I have a pharyngeal pain |

胸部（呼吸器／循環器）

Chest (organ of respiration / circulatory organ)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 咳
<input type="checkbox"/> Cough | <input type="checkbox"/> 血痰・喀血
<input type="checkbox"/> Blood in the sputum · Coughing up blood | |
| <input type="checkbox"/> 喘鳴
<input type="checkbox"/> Stridor | <input type="checkbox"/> 動悸
<input type="checkbox"/> Heartthrob | <input type="checkbox"/> 痰
<input type="checkbox"/> Phlegm |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難
<input type="checkbox"/> Breathing difficulty | <input type="checkbox"/> 胸痛
<input type="checkbox"/> Chest pain | <input type="checkbox"/> 息切れ
<input type="checkbox"/> Breathlessness |

腹部（消化器／泌尿器／生殖器）

Abdomen (Digestive organ / Urinary organs / Generative organ)

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腹痛
<input type="checkbox"/> Abdominal pain | <input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> Diarrhea | <input type="checkbox"/> 胸焼け
<input type="checkbox"/> Heartburn |
| <input type="checkbox"/> 飲み込みづらい
<input type="checkbox"/> It is hard to swallow food. | | <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐
<input type="checkbox"/> Vomiting and nausea |
| <input type="checkbox"/> 便秘
<input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> 腹が張る
<input type="checkbox"/> Having gas on the stomach. | |
| <input type="checkbox"/> 血を吐いた
<input type="checkbox"/> Vomiting of blood | <input type="checkbox"/> 血尿
<input type="checkbox"/> Blood in the urine | <input type="checkbox"/> 頻尿
<input type="checkbox"/> Frequent urination |
| <input type="checkbox"/> 乏尿
<input type="checkbox"/> Hypouresis | <input type="checkbox"/> 排尿痛
<input type="checkbox"/> Miction pain | <input type="checkbox"/> 月経異常
<input type="checkbox"/> Menstrual disorder |
| <input type="checkbox"/> おりもの
<input type="checkbox"/> Menstrual disorder | <input type="checkbox"/> 不正出血
<input type="checkbox"/> Abnormal bleeding | <input type="checkbox"/> 妊娠が心配
<input type="checkbox"/> Possibility of pregnancy |

筋骨格系／皮膚

Musculoskeletal/ Skin

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腰痛
<input type="checkbox"/> Low back pain | <input type="checkbox"/> 痺れ
<input type="checkbox"/> Palsy | <input type="checkbox"/> 筋肉痛
<input type="checkbox"/> Muscle pain |
| <input type="checkbox"/> 力が入らない
<input type="checkbox"/> Having not enough strength | <input type="checkbox"/> 痙攣する
<input type="checkbox"/> Being seized with cramp | |
| <input type="checkbox"/> 発疹
<input type="checkbox"/> Skin rash | <input type="checkbox"/> 腫れている
<input type="checkbox"/> Abscessed | |

Other symptoms ())

診 察
Diagnosis

【現病歴】

[Current medical history]

今の症状はいつ頃からはじまりましたか？

When did this symptoms start?

- 一時間前 hours ago 一日前 days ago 一週間前 weeks ago 一ヶ月前 months ago その他 Other

どのくらいの頻度でおこりますか？

At how much frequency do you have that symptom?

- 数分に1回 It is 1 time in several minutes 1時間に数回 It is several times in 1 hour
 1日のうちで何回か It is several times in 1 day 1週間のうちで何回か It is several times in 1 week
 1ヶ月のうちで何回か It is several times in 1 month その他 Other

その症状はどのくらい続きますか？

How long does your symptoms last?

- 数秒間 For several seconds 数分間 For several minutes 数時間 For several hours
 1日中 All day long 数日間 For several days 数週間 For several weeks
 数ヶ月 For several months その他 Other

周囲に同じ症状の人はいますか？

Is there any person who has the same symptom around you?

- はい。います。(誰が?) いいえ。いません。
 Yes, there is. (Who is it?) No, there is not.

最近日本以外の国に行きましたか？

Did you go to countries other than Japan recently?

- はい。行きました。(何処に?) いいえ。行きません。
 Yes, I went. (Where is it?) No, I didn't.

現在何か薬を服用していますか？

Do you take any medicine now?

- はい。飲んでいます。(薬の種類) 【20頁を参照して記入】
 Yes, I take it. (Type of medicine:) [Write it by referring page 20.]
 いいえ。飲んでいません。
 No, I don't take it.

【既往歴】

[Past history]

過去に何か病気をしたことがありますか？

Have you gotten any disease in the past?

はい。あります。(表3を参照して記号・番号で記入)

Yes, I have. (Write by symbols or numbers in reference to Table 3.)

いいえ。ありません。

No, I hadn't.

手術を受けたことはありますか？又は入院をしたことがありますか？

Have you had surgery before? Or have you been hospitalized?

はい。あります。(いつ頃、病名 -) [表3を参照して記号・番号で記入]

Yes, I have. (When and the name of disease -)

[Write by symbols or numbers in reference to Table 3.]

いいえ。ありません。

No, I hadn't.

輸血を受けたことがありますか。

Have you had a blood transfusion before?

はい。あります。

Yes, I have had.

いいえ。ありません。

No, I haven't had.

【家族歴】

[Family medical history]

家族にどなたか病気の方はいますか？

Is there any ill person in your family?

はい。います。(表3を参照して記号・番号で記入)

Yes, there is. (Write by symbols or numbers in reference to Table 3.)

いいえ。いません。

No, there is not.

【その他】

[Other]

現在妊娠の可能性はありますか？

Is there possibility of the present pregnancy?

はい。あります。

Yes, there is.

いいえ。ありません。

No, there is not.

わからない。

I don't now.

最後の生理はいつでしたか？

When was the last time you menstruated?

月 日から 日間ほど

__About__ days from _____

閉経後

After menopause

常用薬はありますか？

Do you take medication regularly?

はい。あります。(薬の種類) 【20頁を参照して記入】

Yes, I take it. (Type of medicine)

[Write the number by referring page 20.]

いいえ。ありません。

No, I don't take.

薬や食物でアレルギーはありますか？

Do you have any allergies to drug or food?

- はい。あります。(何に?) いいえ。ありません。
 Yes, I have. (To what?) No, I don't have.

この1ヶ月で体重の変化はありましたか？

Has your weight changed over the past month?

- kg増加 kg減少 変化なし
 I gained _____ kg I lost _____ kg It has not changed

タバコは吸いますか？

Do you smoke cigarettes?

- はい。吸います。(いつから? 1日何本?)
 Yes, I smoke. (From when is it?)
(How many cigarettes do you smoke a day?)
いいえ。吸いません。
 No, I do not smoke.

お酒は飲みますか？

Do you drink alcohol?

- はい。飲みます。(どのくらい?) いいえ。飲みません。
 Yes, I drink it. (How much do you drink?) No, I do not drink.

以下の予防接種を受けたものすべてにチェックをしてください。

Please put a check mark on every one of the below vaccinations you have had.

- | | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 結核
Tuberculosis | <input type="checkbox"/> 破傷風
Tetanus | <input type="checkbox"/> ジフテリア
Diphtheria |
| <input type="checkbox"/> 百日咳
Whooping cough (Pertussis) | <input type="checkbox"/> 麻疹
Measles | <input type="checkbox"/> ポリオ
Polio |
| <input type="checkbox"/> おたふく風邪
Mumps | <input type="checkbox"/> 風疹
German measles (Rubella) | <input type="checkbox"/> A型肝炎
Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎
Hepatitis B | <input type="checkbox"/> インフルエンザ桿菌
Influenza bacillus | <input type="checkbox"/> 腸チフス
Typhoid fever |
| <input type="checkbox"/> 水ぼうそう
Chicken pox | <input type="checkbox"/> コレラ
Cholera | <input type="checkbox"/> 狂犬病
Hydrophobia |
| <input type="checkbox"/> 日本脳炎
Japanese encephalitis | <input type="checkbox"/> その他
Others | |

どこに問題があるのですか？

Where would you locate the problem?

