

هل تخضع أو خضعت، لرعاية طبيب في الماضي؟

/ Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?

/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？

إذا كنت إجابتك "نعم"، فاختر الحالة من القائمة، واكتب اسم المستشفى الذي تلقيت فيه العلاج.

/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment. نعم/Yes/はい لا/No/いいえ

/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

اسم المستشفى /Hospital name /医療機関名	تقدم العلاج /Treatment progress /治療経過	اسم المرض (اكتب الرقم من القائمة التالية) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)
	<input type="checkbox"/> خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> التوقف عن العلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	
	<input type="checkbox"/> خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> التوقف عن العلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	
	<input type="checkbox"/> خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> التوقف عن العلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	
	<input type="checkbox"/> خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> التوقف عن العلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	

<List of diseases/疾患リスト>

اسماء الأمراض /Disease names /疾患名	تصنيف الأمراض حسب الجهاز /System of disease /疾患の系統
أ. قرحة هضمية / Peptic ulcer / 消化器潰瘍 ب. التهاب الكبد / Hepatitis/肝炎 ج. تليف الكبد / Hepatic cirrhosis / 肝硬変 د. Others/その他	① أمراض الجهاز الهضمي / Digestive disease / 消化器系の疾患
أ. ارتفاع ضغط الدم / Hypertension / 高血圧 ب. الذبحة الصدرية/احتشاء عضلة القلب / Angina pectoris/myocardial infarction / 狭心症・心筋梗塞 ج. اضطراب ضربات القلب / Arrhythmia/不整脈 د. قصور القلب / Heart failure / 心不全 هـ. Others/その他	② أمراض الجهاز الدوري / Circulatory system disease / 循環器系の疾患
أ. الربو / Asthma/喘息 ب. مرض الانسداد الرئوي المزمن / Chronic obstructive pulmonary disease / 慢性閉塞性肺疾患 ج. التهاب الرئوي / Pneumonia / 肺炎 د. السل الرئوي / Pulmonary tuberculosis / 肺結核 هـ. Others/その他	③ أمراض الجهاز التنفسي / Respiratory disease / 呼吸器系の疾患
أ. الفشل الكلوي المزمن / Chronic renal failure / 慢性腎不全 ب. حصوات الكلى/البول / Renal/urinary stone / 腎・尿管結石 ج. التهاب المسالك البولية / Urinary tract infection / 尿路感染症 د. Others/その他	④ أمراض الكلى والمسالك البولية / Kidney and urological disease / 腎・泌尿器系の疾患
أ. احتشاء دماغي / Cerebral infarction / 脳梗塞 ب. نزيف دماغي / Cerebral hemorrhage / 脳出血 ج. الصرع / Epilepsy/てんかん د. Others/その他	⑤ أمراض الدماغ والجهاز العصبي / Brain and nervous system disease / 脳神経系の疾患
أ. داء السكري / Diabetes mellitus / 糖尿病 ب. فرط شحميات الدم / Hyperlipidemia / 高脂血症 ج. قصور الغدة الدرقية / Thyroid gland malfunction / 甲状腺機能障害 د. فرط حمض يوريك الدم / Hyperuricemia / 高尿酸血症 هـ. Others/その他	⑥ أمراض الغدد الصماء أو الأيضية / Endocrine or metabolic disease / 内分泌代謝系の疾患
أ. التهاب المفاصل الروماتويدي / Rheumatoid arthritis / 関節リウマチ ب. هشاشة العظام / Osteoporosis / 骨粗鬆症 ج. التهاب عظمي مفصلي / Osteoarthritis / 変形性膝関節症 د. انزلاق غضروفي بين الفقرات / Herniated intervertebral discs / 椎間板ヘルニア هـ. النقرس / Gout/痛風 و. Others/その他	⑦ أمراض العظام أو العضلات / Bone or muscle disease / 骨・筋肉の疾患
أ. الأورام الليفية الرحمية / Uterine fibroids / 子宮筋腫 ب. عسر الطمث / Dysmenorrhea / 月経困難症 ج. العقم / Infertility/不妊症 د. Others/その他	⑧ أمراض النساء والتوليد / Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患
أ. إعتام عدسة العين / Cataract / 白内障 ب. الجلوكوما / Glaucoma/緑内障 ج. اعتلال الشبكية / Retinopathy/網膜症 د. Others/その他	⑨ أمراض العيون / Eye disease / 眼の疾患
أ. سرطان المعدة / Stomach cancer / 胃がん ب. سرطان القولون / Colon cancer / 大腸がん ج. سرطان الكبد/المرارة/البنكرياس / Liver/gallbladder/pancreatic cancer / 肝臓・胆のう・膵臓がん د. سرطان الثدي / Breast cancer / 乳がん هـ. سرطان الرحم / Uterine cancer / 子宮がん و. سرطان الرئة / Lung cancer/肺癌 ز. Others/その他	⑩ الأورام الخبيثة / Malignant tumor / 悪性腫瘍
أ. اكتئاب / Depression/うつ病 ب. انفصام الشخصية / Schizophrenia / 統合失調症 ج. Others/その他	⑪ الأمراض العقلية / Mental disease / 精神の疾患
أ. ضعف السمع / Impaired hearing / 難聴 ب. دوخة / Dizziness/めまい ج. طنين الأذن / Ear noise/耳鳴 د. حساسية حبوب اللقاح / Pollen allergy / 花粉症 هـ. Others/その他	⑫ أمراض الأنف والأذن والحنجرة / ENT disease / 耳鼻科の疾患
أ. فقر الدم / Anemia/貧血 ب. سرطان الدم / Leukemia/白血病 ج. Others/その他	⑬ أمراض الدم / Blood disease / 血液の疾患
أ. التهاب جلدي ثنائي / Atopic dermatitis / アトピー性皮膚炎 ب. سعفة القدم (مرض قدم الرياضي) / Tinea (athlete's foot) / 白癬症 (水虫) ج. Others/その他	⑭ أمراض الجلد / Skin disease / 皮膚の疾患

هل خضعت لجراحة من قبل؟

/Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか。

إذا كانت إجابتك "نعم"، فاكتب تاريخ الجراحة التي أجريتها.
/If you checked "Yes", write the history of your surgery. /
「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

 نعم/Yes/はい لا/No/いいえ

المستشفى الذي أجريت فيه الجراحة /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関	تاريخ إجراء الجراحة /When you had the surgery /手術をした時期	اسم جراحتك /Name of your surgery /手術名	أسماء الأمراض /Disease names /疾患名

إذا لم تكن متأكدًا من تاريخ الجراحة الدقيق، فاكتب السنة أو العمر.

/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.

/詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

هل تدخن بانتظام؟

/Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか。

 نعم/Yes/はい لا/No/いいえ كنت أدخن سابقًا/Used to smoke/以前吸っていた

سنة الإقلاع عن التدخين /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年	مدة التدخين /Duration of smoking/喫煙期間	مقدار السجائر التي يتم تدخينها /Cigarette consumption/喫煙量
_____ سنة/Year/年 _____ شهر/Month/月	_____ سنة/Year/年	_____ سجائر/سيجارات/اليوم cigarettes/Day 本/日

If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.
/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking./現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

هل تشرب الكحول بانتظام؟

/Do you drink regularly?

/習慣的に、お酒を飲みますか。

 نعم/Yes/はい لا/No/いいえ كنتُ شربتُ معتادًا على الشرب بانتظام/Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Whisky/ويسكي	_____ مل/ml / يوم/Day/日	<input type="checkbox"/> البيرة/Beer/ビール	_____ مل/ml / يوم/Day/日
<input type="checkbox"/> Wine/واين	_____ مل/ml / يوم/Day/日	<input type="checkbox"/> ساكي ياباني/Japanese sake/日本酒	_____ مل/ml / يوم/Day/日
		<input type="checkbox"/> أخرى/Other(s)/その他	_____ مل/ml / يوم/Day/日

إذا كنت أنثى، فأجيبني على الأسئلة أدناه. هل أنت حامل، أو من المحتمل أن تكوني حاملًا؟

/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

 لا أعرف/Do not know/わからない نعم/Yes/はい لا/No/いいえ

هل تُرضعين طفلك رضاعة طبيعية؟

/Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか。

 نعم/Yes/はい لا/No/いいえ

إذا كان لديك أي استفسار خاص بخصوص الاستشارة، فيرجى وضع علامة في المربع.

/If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

 أريد معرفة تكاليفي الطبية المُقدَّرة مسبقًا. /I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。

 أريد مترجمًا فورًا إذا كانت خدمة الترجمة متوفرة. /I want to have an interpreter if an interpreter service is available. /通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

 أخرى/Other(s)/その他 : _____