

Respiratory Medicine Questionnaire/呼吸器内科 問診票

°C °F mmHg % BT= PR= BP= RR= SPO2=	الموظفين فقط /For staff only /医療機関記入欄	اسم المريض /Name of patient /患者氏名	
		تاريخ الميلاد /Date of birth /生年月日（西暦）	
		سنة/Year/年	يوم/Day/日 شهر/Month/月 （ عامًا/Years old/歳）
☐ أنثى/Female/女性 ☐ ذكر/Male/男性		الجنس/Sex/性別	
		الوزن/Height/Weight/身長・体重	
		الحساسية /Allergies /アレルギーの有無	
		الطعام (الأطعمة) Food(s)/食べ物:	
		الدواء/Medicine/薬:	

ما هي مشكلتك اليوم؟ (حدد جميع ما ينطبق).
/ What is the problem today (Check all that apply.)?
/今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）

☐ صعوبة في التنفس/Difficulty breathing/息苦しさ ☐ ألم في الصدر/Chest pain/胸痛 ☐ بلغم/Phlegm/痰 ☐ سعال/Cough/咳 ☐ أزيز عند التنفس/Wheezing/ゼーゼー言う ☐ حمى/Fever/発熱

☐ I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む）

☐ أخرى/Other(s)/その他：

إذا اخترت "البلغم" في السؤال أعلاه، فراجع التفاصيل أدناه.
/If you checked "Phlegm" in the above question, check the details below.
/「痰がでる」に☑した方はあてはまるものに、痰の性状に☑してください。

☐ رغوي/Frothy/泡が混じっている ☐ دموي/Bloody/血が混じる ☐ مائل للوردي/Pinkish/ピンク色 ☐ مائل للخضرة/Greenish/緑色 ☐ مائل للاصفرار/Yellowish/黄色 ☐ مائل للبياض/Whitish/白色

☐ خفيف/Thin/サラサラ ☐ لزج/Sticky/粘調

كيف يبدو العرض؟
/What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

☐ The symptom is gradually worsening./徐々にひどくなっている ☐ مستمر/Constant/絶え間なく、続いている

☐ The symptom comes and goes./症状が出たり消えたりしている ☐ أخرى/Other(s)/その他：

متى تظهر الأعراض؟
/When does the symptom occur?
/症状はどのような時に現れますか。

☐ صباحًا/Morning/朝 ☐ نهارًا/Daytime/昼 ☐ مساءً/Evening/夕方 ☐ أثناء النوم/While in bed/就寝中/ ☐ عند الاستيقاظ/When waking up/起床時/ ☐ Irregular/不定期/غير منتظم

☐ أخرى/Other(s)/その他：

إذا وصفت الأعراض على مقياس من 1 إلى 10، فما مدى شدتها؟ ضع دائرة حول الرقم أدناه
/If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか？下の数字のところに○を付けてください。

الأكثر شدة /Most severe/最も激しい

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

لا إطلاقاً /Not at all/全くない

متى بدأ ظهور الأعراض؟
/When did the symptom start?
/この症状はいつからありますか。

يوم/Day/日 شهر/Month/月 سنة/Year/年 منذ حوالي/From about صباحًا/ مساءً/ am/pm/ : 時 分 من 午前・午後 ごろから

هل تتناول حاليًا أي أدوية، بما في ذلك الفيتامينات والمكملات الغذائية؟
/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでいる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

أظهر لنا دوائك أو دليل الأدوية*
/Show us your medication or a medicine pocketbook.
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

☐ نعم/Yes/はい ☐ لا/No/いいえ

اسم الأدوية /Name of medications /お薬の名前	كيفية تناول أو استخدام الدواء /How to take or use your medication /飲み方・使い方	اسم الأدوية /Name of medications /お薬の名前	كيفية تناول أو استخدام الدواء /How to take or use your medication /飲み方・使い方	اسم الأدوية /Name of medications /お薬の名前	كيفية تناول أو استخدام الدواء /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①		⑥			
②		⑦			
③		⑧			
④		⑨			
⑤		⑩			

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 كانت 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）	
	☐ خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 ☐ ☐ لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 ☐ ☐ لم يخضع للعلاج/Withdrawal of treatment/治療中断		
	☐ خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 ☐ ☐ لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 ☐ ☐ لم يخضع للعلاج/Withdrawal of treatment/治療中断		
	☐ خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 ☐ ☐ لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 ☐ ☐ لم يخضع للعلاج/Withdrawal of treatment/治療中断		
	☐ خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 ☐ ☐ لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 ☐ ☐ لم يخضع للعلاج/Withdrawal of treatment/治療中断		

<List of diseases/疾患リスト> قائمة الأمراض

تصنيف الأمراض حسب الجهاز /System of disease /疾患の系統	أسماء الأمراض /Disease names /疾患名
① أمراض الجهاز الهضمي /Digestive disease /消化器系の疾患	أ. قرحة هضمية /Peptic ulcer /消化器潰瘍 ب. التهاب الكبد /Hepatitis /肝炎 ج. تليف الكبد /Hepatic cirrhosis /肝硬化 د. أخرى /Others /その他
② أمراض الجهاز الدوري /Circulatory system disease /循環器系の疾患	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. أخرى /Others /その他
③ أمراض الجهاز التنفسي /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	أ. الربو /Asthma /喘息 ب. مرض الانسداد الرئوي المزمن / Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 ج. الالتهاب الرئوي / Pneumonia /肺炎 د. السل الرئوي / Pulmonary tuberculosis /肺結核 هـ. أخرى /Others /その他
④ أمراض الكلى والمسالك البولية /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	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. أخرى /Others /その他
⑤ أمراض الدماغ والجهاز العصبي /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	أ. احتشاء دماغي / Cerebral infarction /脳梗塞 ب. نزيف دماغي / Cerebral hemorrhage /脳出血 ج. الصرع /Epilepsy /てんかん د. أخرى /Others /その他
⑥ أمراض الغدد الصماء أو الأيضية /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	أ. داء السكري / Diabetes mellitus /糖尿病 ب. فرط شحيمات 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. أخرى /Others /その他
⑦ أمراض العظام أو العضلات /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	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. أخرى /Others /その他
⑧ أمراض النساء والتوليد /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	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. أخرى /Others /その他
⑨ أمراض العيون /Eye disease /眼の疾患	أ. إعتام عدسة العين /Cataract /白内障 ب. الجلوكوما /Glaucoma /緑内障 ج. اعتلال الشبكية /Retinopathy /網膜症 د. أخرى /Others /その他
⑩ الأورام الخبيثة /Malignant tumor /悪性腫瘍	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. أخرى /Others /その他
⑪ الأمراض العقلية /Mental disease /精神の疾患	أ. الاكتئاب /Depression /うつ病 ب. انفصام الشخصية / Schizophrenia /統合失調症 ج. أخرى /Others /その他
⑫ أمراض الأنف والأذن والحنجرة /ENT disease /耳鼻科の疾患	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. أخرى /Others /その他
⑬ أمراض الدم /Blood disease /血液の疾患	أ. فقر الدم /Anemia /貧血 ب. سرطان الدم /Leukemia /白血病 ج. أخرى /Others /その他
⑭ أمراض الجلد /Skin disease /皮膚の疾患	أ. التهاب جلدي تألّبي / 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. أخرى /Others /その他

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。

If you checked "Yes", write the history of your surgery. / إذا كانت إجابتك "نعم"، فاكتب تاريخ الجراحة التي أجريتها.
「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。

Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

☐ Used to smoke/以前吸っていた

☐ نعم/Yes/はい

☐ لا/No/いいえ

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	Year when you stopped smoking/喫煙をやめた年 مقدار السجائر التي يتم تدخينها
سنة/Year/年 _____ شهر/Month/月 _____	سنة/Year/年 _____	سجائر/ات/اليوم / cigarettes/Day /本/日 _____

إذا كنت لا تزال مدخنًا، فترك السؤال الخاص بالسنة التي أوقعت فيها عن التدخين فارغًا

/* 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。

Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。

☐ Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

☐ نعم/Yes/はい

☐ لا/No/いいえ

☐ Whisky/ウイスキー _____ يوم/Day/日 _____ مل/ml _____	☐ Beer/ビール _____ يوم/Day/日 _____ مل/ml _____
☐ Wine/ワイン _____ يوم/Day/日 _____ مل/ml _____	☐ Japanese sake/日本酒 _____ يوم/Day/日 _____ مل/ml _____
	☐ Other(s)/その他 _____ يوم/Day/日 _____ مل/ml _____

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。

☐ Do not know/わからない

☐ نعم/Yes/はい

☐ لا/No/いいえ

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。

☐ 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。

☐ 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。

☐ Other(s)/その他 :

أعدت هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غيرهم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。