

استبيان حول الطب النفسي / Psychiatry Questionnaire / 精神科 問診票

°C °F °C/min/分 °F/min/分 mmHg mmHg/min/分 mmHg/min/分 %		°C °F °C/min/分 °F/min/分 mmHg mmHg/min/分 mmHg/min/分 %	°C °F °C/min/分 °F/min/分 mmHg mmHg/min/分 mmHg/min/分 %	اسم المريض /Name of patient /患者氏名	
				تاريخ الميلاد /Date of birth /生年月日（西暦）	
☐ أنثى/Female/女性 ☐ ذكر/Male/男性		الجنس/Sex/性別	عاماً/Years old/歳 （		
			الوزن/Height/Weight/身長・体重		
			الحساسية /Allergies /アレルギーの有無		

						ما هي مشكلتك اليوم؟ (حدّد 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。（複数ある方は複数回してください。）					
☐	انخفاض التركيز /Lowered concentration /集中力低下	☐	الشعور بالإرهاق المستمر /Low energy /やる気が出ない	☐	أشعر بالافتئاب /Feel depressed /気分が滅入る	☐	التوتر/Nervous/緊張する	☐	القلق/Anxiety/不安	☐	أرق/Insomnia/不眠
☐	هلوسة سمعية /Auditory hallucination /幻聴・幻覚	☐	الخوف من الآخرين /Fear of other people /人が怖い	☐	شهية غير طبيعية /Abnormal appetite /食欲異常	☐	مشكلة في الدراسة /Problem with school /学校の悩み	☐	مشكلة في العمل /Problem at work /職場の悩み	☐	مشكلة مع العائلة /Problem with family /家庭の悩み
☐	يتحرك الجسم تلقائيًا /The body moves spontaneously /身体が勝手に動く	☐	تعرق اليدين /Sweat in the hands /手に汗をかく	☐	صعوبة في التنفس /Difficulty breathing /息苦しさ	☐	أشعر برغبة في الموت /I feel like I want to die. /死にたくなる	☐	لديك أعراض جسدية /Have physical symptoms /身体の症状がある	☐	خفقان/Palpitation/動悸
								☐	عدم القدرة على تحريك الجسم /Cannot move the body /身体がうごかない	☐	خسارة الوزن/Lose weight /体重が減る
☐		كنتُ مُنصَحٌ بزيارة عيادة أخرى/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：

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。	
☐ تتنقلم الأعراض تدريجيًا/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）	☐ مستمر/Constant/絶え間なく、続いている
☐ أخرى/Other(s)/その他：	☐ تظهر الأعراض وتختفي./The symptom comes and goes./症状が出たり消えたりしている

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

هل تتحسن أعراضك؟					/Is your symptom improving ?
/現在、その症状はよくなっていますか。					
□	الأعراض تتفاقم	/The symptom is getting worse.	/悪くなっている	□	الأعراض تتحسن
					/The symptom is getting better.
					/よくなっている

هل تتناول حالياً 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。

10. */*Show us your medication or a medicine pocketbook.*
 10. 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

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	
		⑥			①
		⑦			②
		⑧			③
		⑨			④
		⑩			⑤

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 المرض (اكتب الرقم من القائمة التالية) /Name of disease (Write the number from the following list)	تقدم العلاج /Treatment progress /治療経過	اسم المستشفى /Hospital name /医療機関名
	☐ تم التعافي/Recovered/治癒	☐ Under treatment/現在治療中/خاضع للعلاج
	☐ Withdrawal of treatment/治療中断/التوقف عن العلاج	☐ Untreated/未治療/لم يخضع للعلاج
	☐ تم التعافي/Recovered/治癒	☐ Under treatment/現在治療中/خاضع للعلاج
	☐ Withdrawal of treatment/治療中断/التوقف عن العلاج	☐ Untreated/未治療/لم يخضع للعلاج
	☐ تم التعافي/Recovered/治癒	☐ Under treatment/現在治療中/خاضع للعلاج
	☐ Withdrawal of treatment/治療中断/التوقف عن العلاج	☐ Untreated/未治療/لم يخضع للعلاج
	☐ تم التعافي/Recovered/治癒	☐ Under treatment/現在治療中/خاضع للعلاج
	☐ Withdrawal of treatment/治療中断/التوقف عن العلاج	☐ Untreated/未治療/لم يخضع للعلاج

<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	١. Peptic ulcer/消化器潰瘍. قرحة هضمية Hepatitis/肝炎. ب. التهاب الكبد Hepatic cirrhosis/肝硬化. ج. تليف الكبد Others/その他. د. أخرى
②	أمراض الجهاز الدوري /Circulatory system disease /循環器系の疾患	١. Hypertension/高血壓. ارتفاع ضغط الدم Angina pectoris/myocardial infarction / ج. اضطراب ضربات القلب Arrhythmia/不整脈 ب. الذبحة الصدرية/احتشاء عضلة القلب Others/その他. د. قصور القلب Heart failure/心不全
③	أمراض الجهاز التنفسي /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	Asthma/喘息. أ. الربو ب. مرض الانسداد الرئوي المزمن Chronic obstructive pulmonary disease / ج. التهاب الرئوي Pneumonia / د. السل الرئوي Pulmonary tuberculosis / Others/その他. د. أخرى
④	أمراض الكلى والمسالك البولية /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	١. الفشل الكلوي المزمن Chronic renal failure / ج. التهاب المسالك البولية Urinary tract infection / ب. حصوات الكلى/البول Renal/urinary stone / د. أخرى Others/その他
⑤	أمراض الدماغ والجهاز العصبي /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	١. احتشاء دماغي Cerebral infarction / ب. نزيف دماغي Cerebral hemorrhage / 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	١. داء السكري Diabetes mellitus / ب. فرط شحميات الدم Hyperlipidemia / ج. قصور الغدة الدرقية Thyroid gland malfunction / د. فرط حمض يوريك الدم Hyperuricemia / Others/その他. د. أخرى
⑦	أمراض العظام أو العضلات /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	١. التهاب المفاصل الروماتويدي Rheumatoid arthritis / ب. هشاشة العظام Osteoporosis / ج. التهاب عظمي مفصلي Osteoarthritis / د. انزلاق غضروفي بين الفقرات Herniated intervertebral discs / Others/その他. د. أخرى
		١. التهاب المفاصل الروماتويدي Rheumatoid arthritis / ب. هشاشة العظام Osteoporosis / ج. التهاب عظمي مفصلي Osteoarthritis / د. انزلاق غضروفي بين الفقرات Herniated intervertebral discs / Others/その他. د. أخرى
⑧	الأمراض النسائية والتوليد/Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	١. الأورام الليفية الرحمية Uterine fibroids / ب. عسر الطمث Dysmenorrhea / ج. العقم Infertility/不妊症 د. أخرى Others/その他
⑨	أمراض العيون /Eye disease /眼の疾患	١. 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	١. سرطان المعدة Stomach cancer / ب. سرطان القولون Colon cancer / ج. سرطان الكبد Liver/gallbladder / د. سرطان الثدي Breast cancer / Others/その他. د. أخرى
		١. Depression/うつ病. أ. الاكتئاب Others/その他. ب. أخرى
⑪	الأمراض العقلية /Mental disease /精神の疾患	١. Depression/うつ病. أ. الاكتئاب B. انقسام الشخصية Schizophrenia / ج. أخرى Others/その他
⑫	أمراض الأنف والأذن والحنجرة /ENT disease /耳鼻科の疾患	١. ضعف السمع Impaired hearing / ب. دوخة Dizziness/めまい. ج. طنين الأذن Ear noise/耳鳴. د. حساسية حبوب اللقاح Pollen allergy / Others/その他. د. أخرى
⑬	أمراض الدم /Blood disease /血液の疾患	Anemia/貧血. أ. فقر الدم B. سرطان الدم Leukemia/白血病. ج. أخرى Others/その他
⑭	أمراض الجلد /Skin disease /皮膚の疾患	١. التهاب جلدي تآلجي Atopic dermatitis / ب. سعفة القدم (مرض قدم الرياضي) Tinea (athlete's foot) / 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。

「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。 /If you checked "Yes", write the history of your surgery. /إذا كانت إجابتك "نعم"، فاكُتب تاريخ الجراحة التي أجريتها. ☐ نعم/Yes/はい ☐ لا/No/いいい.

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، فاكُتب 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？

☐ لا/No/いいえ ☐ نعم/Yes/はい ☐ 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/ات/اليوم cigarettes/Day 本/日

إذا كنت لا تزال مدخنًا، فاترك السؤال الخاص بالسنة التي أقلعت 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。

هل تشرب الكحول بانتظام؟
/Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか？

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

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

إذا كنتِ أنثى، فأجيبني على الأسئلة أدناه. هل أنتِ 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/No/いいえ ☐ نعم/Yes/はい ☐ Do not know/わからない /أعرفل

هل تُرضعين طفلك رضاعة طبيعية؟
/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか？

☐ لا/No/いいえ ☐ نعم/Yes/はい

إذا كان لديك أي استفسار خاص بخصوص الاستشارة، فيُرجى 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。
أرغب في معرفة تكاليفي الطبية المُقدَّرة مُسبقًا
- ☐ 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。
أريد مترجمًا فورًا إذا كانت خدمة الترجمة متوفرة
- ☐ Other(s)/その他 :
أخرى