

استبيان حول الجراحة/Surgery Questionnaire/外科 問診票

°C °F °C °F mmHg mmHg min/分 min/分 % BT= درجة حرارة الجسم PR= معدل النبض BP= ضغط الدم RR= معدل التنفس تشبع الأوكسجين في الدم SP02=		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		شهر/Month/月	يوم/Day/日		
(		عامًا/Years old/歳)			
□ أنثى/Female/女性		□ ذكر/Male/男性		الجنس/Sex/性別	
		الوزن/Weight/身長・体重		الوزن/Weight/身長・体重	
		الحساسية/ /Allergies アレルギーの有無			
		الدواء/Medicine/薬:			

What is the problem today? (Check all that apply.)

今日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。）

☐	الم/Constipation/便秘	☐	بواسير/Hemorrhoid/痔	☐	حمى/Fever/発熱	☐	كثرة ورم/Lump/しこり	☐	الم/Pain/痛み	☐	تورم/Swelling/腫脹
☐	قيء/Vomiting/嘔吐	☐	غثيان/Nausea/吐き気	☐	إسهال/Diarrhea/下痢	☐	فقدان الشهية /Loss of appetite /食欲がない	☐	فقدان الوزن /Weight loss /体重減少	☐	دم في البراز /Blood in stool /便に血が混じる
				☐	أخرى/Other(s)/その他	☐	وجود طعام عالق في الحلق /Food stuck in throat /食事がのどにつかえる	☐	إصابة/Injury/けが	☐	التواء/Sprain/ねんざ
☐	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) أو في فحص دوري) بالحضور إلى هنا										

ضع علامة على كل ما ينطبق بخصوص برازك
/Check all that apply about your stool.
/便の性状に☑してください。

☐	أبيض مائل للرمادي /Grayish white /灰白色	☐	Brown/茶色	☐	أسود/Black/黑色	☐	Bloody/血便	☐	Watery/水様	☐	Soft/軟便	☐	
☐	طبيعي/Normal/普通	☐	Hard/硬い便	☐ : Stool frequency per day/一日の排便回数*						time(s)/day/回/日 مرة (مرات)/في اليوم _____			

1. **صف أعراضك**
 /Describe your symptoms.
 /症状についてご質問します。

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

□	أثناء النوم /While in bed /就寝中	□	مساء/Evening/夕方	□	نهارًا/Daytime/昼	□	صباحًا /Morning/朝
		□	أخرى /Other(s) /その他:	□	غير منتظم /Irregular /不定期	□	عند الاستيقاظ/When waking up/起床時

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

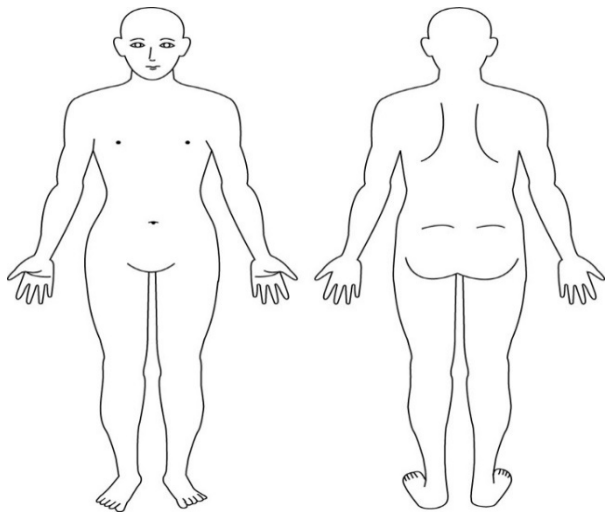
☐ مستمر/Constant/絶え間なく、続いている

☐ تظهر الأعراض وتختفي/The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている

☐ تتفاقم الأعراض تدريجياً/The symptom is gradually worsening/徐々にひどくなってきている

☐ أخرى/Other(s)/その他

ضع دائرة حول مكان ظهور الأعراض.
/Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



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

اطلاقاً / 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。

am/pm 午前・午後 時 分ごろから : 午前・午後 時 分ごろから

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。

☐ Yes/はい ☐ No/いいえ
 *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。

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 كنت إيجابتك "نعم"، فأختر 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) /疾患名（下記リスト番号可）	تقدم العلاج /Treatment progress /治療経過	اسم المستشفى /Hospital name /医療機関名
◻ تم التعافي/Recovered/治癒 ◻ Withdrawal of treatment/治療中断	◻ Under treatment/現在治療中 ◻ Untreated/未治療 خاضع للعلاج لم يخضع للعلاج	
◻ تم التعافي/Recovered/治癒 ◻ Withdrawal of treatment/治療中断	◻ Under treatment/現在治療中 ◻ Untreated/未治療 خاضع للعلاج لم يخضع للعلاج	
◻ تم التعافي/Recovered/治癒 ◻ Withdrawal of treatment/治療中断	◻ Under treatment/現在治療中 ◻ Untreated/未治療 خاضع للعلاج لم يخضع للعلاج	
◻ تم التعافي/Recovered/治癒 ◻ Withdrawal of treatment/治療中断	◻ Under treatment/現在治療中 ◻ Untreated/未治療 خاضع للعلاج 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	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. Others/その他 /أخرى
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. Heart failure/心不全 / قصور القلب Others/その他 /أخرى
③	أمراض الجهاز التنفسي /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	Asthma/喘息 / الربو	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 Others/その他 /أخرى
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. Others/その他 /أخرى
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. Epilepsy/てんかん / الصرع د. Others/その他 /أخرى
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 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 Others/その他 /أخرى
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 Gout/痛風 /النقرس Others/その他 /أخرى
⑧	أمراض النساء والتوليد Obstetrics and gynecology disease /產婦人科の疾患	أ. الأورام الليفية الرحمية Uterine fibroids /子宮筋腫	ب. عسر الطمث Dysmenorrhea /月経困難症 ج. Infertility/不妊症 / العقم د. Others/その他 /أخرى
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. Others/その他 /أخرى
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 /肝癌・胆のう・膵臓がん د. سرطان الثدي Breast cancer/乳がん هـ سرطان الرحم Uterine cancer/子宮がん Others/その他 /أخرى
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. Others/その他 /أخرى
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 Others/その他 /أخرى
⑬	أمراض الدم /Blood disease /血液の疾患	أ. فقر الدم Anemia/貧血	ب. سرطان الدم Leukemia/白血病 ج. Others/その他 /أخرى
⑭	أمراض الجلد /Skin disease /皮膚の疾患	أ. التهاب جلدي تألّفي 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 /أخرى

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.

☐ نعم/Yes/はい

☐ لا/No/いいえ

/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

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، 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

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	_____ سيجارات/اليوم / cigarettes/Day /本/日

إذا كنت لا تزال مدخنًا، فترك السؤال الخاص بالسنة التي أقلت 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？

☐ كنتُ معتادًا على الشرب بآننا /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	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日	☐	Beer/ビール	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日
☐	Wine/ワイン	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日	☐	Japanese sake/日本酒	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日
			☐	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？

☐ 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。

☐ 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 :