

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)
	<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	

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

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.

/「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

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？

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

☐ Whisky/ويسكي	_____ مل/ml / يوم/Day/日	☐ البيرة/Beer/ビール	_____ مل/ml / يوم/Day/日
☐ Wine/واين	_____ مل/ml / يوم/Day/日	☐ ساكي ياباني/Japanese sake/日本酒	_____ مل/ml / يوم/Day/日
		☐ 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？

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

هل ترضعين 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 مُسبقًا. /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/Others/その他