

Neurosurgery Questionnaire/脳神経外科問診票/استبيان حول جراحة الأعصاب

°C في الدقيقة /min/分 mmHg في الدقيقة /min/分 %	BT=درجة حرارة الجسم PR=معدل النبض BP=ضغط الدم RR=معدل التنفس %SpO2=تسبع الأوكسجين في الدم	للموظفين فقط /For staff only /医療機関記入欄	اسم المريض /Name of patient /患者氏名	سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日 (عاماً/Years old/歳)		تاريخ الميلاد /Date of birth /生年月日 (西曆)
<input type="checkbox"/> أنثى/Female/女性 <input type="checkbox"/> ذكر/Male/男性		الجنس/Sex/性別	كجم/kg سم/cm	الوزن/Height/Weight/身長・体重		الحساسية /Allergies /アレルギーの有無

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。(複数ある方は複数回してください。)
 (健診含む)
 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)

<input type="checkbox"/> صداع /Headache /頭痛	<input type="checkbox"/> ثقل في الرأس /Heavy headedness /頭重感	<input type="checkbox"/> دوخة/Dizziness/めまい	<input type="checkbox"/> غثيان/Nausea/吐き気	<input type="checkbox"/> قيء/Vomiting/嘔吐	<input type="checkbox"/> خدر في اليدين والقدمين	<input type="checkbox"/> ألم عند تحريك الرقبة	<input type="checkbox"/> اضطراب في الوعي /Disturbance of consciousness /意識障害
<input type="checkbox"/> صعوبة في المشي /Gait difficulty /歩行障害	<input type="checkbox"/> ضعف البصر (ازدواج الرؤية، خلل في مجال الرؤية) /Visual impairment (double vision, visual field defect) /視力障害 (複視・視野欠損)	<input type="checkbox"/> طنين في الأذن /Ringing in the ear /耳鳴り	<input type="checkbox"/> شلل /Paralysis /麻痺	<input type="checkbox"/> صعوبة في الكلام /تلعثم في الكلام /Difficulty speaking/Slurred speech /言葉が出にくい、呂律が回らない	<input type="checkbox"/> خدر في اليدين والقدمين	<input type="checkbox"/> ألم عند تحريك الرقبة	<input type="checkbox"/> اضطراب في الوعي /Disturbance of consciousness /意識障害
<input type="checkbox"/> صعوبة في السمع /Difficulty hearing /難聴	<input type="checkbox"/> /Other(s) /その他:						

إذا كانت الأعراض التي ذكرتها أعلاه مستمرة، فمتى بدأت؟
 /If the symptom you have mentioned above has been continuing, when did it start?
 /上記症状が持続している方は、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	:	صباحاً/am/pm
_____	_____	_____	_____	_____	_____
			_____		_____
			_____		_____
			_____		_____
			_____		_____
			_____		_____

إذا كانت الأعراض التي ذكرتها أعلاه مؤقتة، فمتى بدأت وانتهت؟
 /If the symptom you have mentioned above occurred temporarily, when did it start and end?
 /上記症状が一時的であった方は、この症状はいつ始まりいつ終わりましたか。

يوم/Day/日	شهر/Month/月	سنة/Year/年	منذ حوالي /From about	:	صباحاً/am/pm
_____	_____	_____	_____	_____	_____
			_____		_____
			_____		_____
			_____		_____
			_____		_____
			_____		_____

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。

<input type="checkbox"/> مستمر/Constant/絶え間なく、続いている	<input type="checkbox"/> تتفاقم الأعراض تدريجياً./The symptom is gradually worsening./徐々にひどくなってきている
<input type="checkbox"/> The symptom comes and goes./症状が出たり消えたりしている	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> صباحاً/Morning/朝	<input type="checkbox"/> نهاراً/Daytime/昼	<input type="checkbox"/> مساءً/Evening/夕方	<input type="checkbox"/> أثناء النوم /While in bed/ 就寝中/	<input type="checkbox"/> عند الاستيقاظ /When waking up /起床時	<input type="checkbox"/> غير منتظم /Irregular /不定期
<input type="checkbox"/> 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。

10 (الأكثر شدة /Most severe/最も激しい)
 9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
 (Not at all/全くない)

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。

نعم/Yes/はい لا/No/いいえ

Show us your medication or a medicine pocketbook. /أظهر لنا دوائك أو دليل الأدوية*
 /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。

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	رقم	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
		⑥		
		⑦		
		⑧		
		⑨		
		⑩		
		①		
		②		
		③		
		④		
		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 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"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療	<input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <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"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療	<input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <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"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療	<input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <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"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療	<input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <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	رقم
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	أمراض الجهاز الهضمي /Digestive disease /消化器系の疾患	①
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	أمراض الجهاز الدوري /Circulatory system disease /循環器系の疾患	②
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	أمراض الجهاز التنفسي /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	③
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	أمراض الكلى والمسالك البولية /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	④
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	أمراض الدماغ والجهاز العصبي /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	⑤
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	أمراض الغدد الصماء أو الأيضية /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	⑥
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	أمراض العظام أو العضلات /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	⑦
د. Others/その他	د. Others/その他	
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	أمراض النساء والتوليد /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	⑧
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	أمراض العيون /Eye disease /眼の疾患	⑨
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	الأورام الخبيثة /Malignant tumor /悪性腫瘍	⑩
أ. سرطان الرئة /Lung cancer/肺癌 ب. Others/その他	أ. Others/その他	
أ. Depression/うつ病 /Depression/うつ病 ب. انفصام الشخصية /Schizophrenia /統合失調症 ج. Others/その他	الأمراض العقلية /Mental disease /精神の疾患	⑪
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	أمراض الأنف والأذن والحنجرة /ENT disease /耳鼻科の疾患	⑫
أ. فقر الدم /Anemia/貧血 ب. سرطان الدم /Leukemia/白血病 ج. Others/その他	أمراض الدم /Blood disease /血液の疾患	⑬
أ. التهاب جلدي تحسسي /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	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。

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 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/اليوم /cigarettes/Day /本/日

إذا كنت لا تزال مدخنًا، فترك السؤال الخاص بالسنة التي أقلتت 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。

<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 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 أن أكون مطلعًا مسبقًا على تكاليفي الطبية المقدرة 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 :