

Orthopedics Questionnaire/整形外科 問診票

°C	الموظفين فقط /For staff only /医療機関記入欄			اسم المريض /Name of patient /患者氏名
min/分		سنة/Year/年	يوم/Day/日	تاريخ الميلاد /Date of birth /生年月日（西暦）
mmHg		（		
min/分		كجم /kg		الوزن/Height/Weight/身長・体重
%		سم/cm		الحساسية /Allergies /アレルギーの有無
□ أنثى /Female/女性	□ ذكر /Male/男性	□		□
		□		□

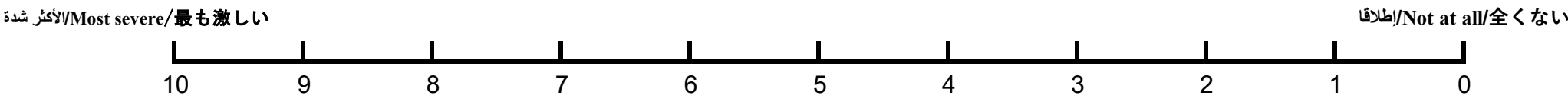
ما هي مشكلتك اليوم؟ (حدد جميع ما ينطبق.)
/What is the problem today? (Check all that apply.)
/今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数回してください。）

□	صعوبة ثني المفاصل /Difficulty bending joints /関節が曲げられない	□	التواء/Sprain/ねんざ	□	خدر/Numbness/しびれ	□	حمى/Fever/発熱	□	آلم/Pain/痛み	□	تورم/Swelling/腫脹
		□	صعوبة تحريك اليدين والقدمين /Difficulty moving hands and feet /手足が動きにくい	□	خلع مفصلي/Dislocation/脱臼	□	تيبس الرقبة والكتفين /Stiff neck and shoulders /肩こり	□	إصابة/Injury/けが		
		□	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：											

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。		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。	
□	أثناء النوم /While in bed /就寝中	□	عند الاستيقاظ /When waking up /起床時
□	مساءً/Evening/夕方	□	غير منتظم /Irregular /不定期
□	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。
□	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 تدريجيًا/The symptom is gradually worsening/徐々にひどくなってきている		
□	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。



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

صباحًا/مساءً am/pm/	:	منذ حوالي From about	سنة/Year/年	شهر/Month/月	يوم/Day/日
分	:	منذ حوالي	سنة/Year/年	شهر/Month/月	يوم/Day/日
منذ حوالي	:	منذ حوالي	سنة/Year/年	شهر/Month/月	يوم/Day/日

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。

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」に回答了人は、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 /Treatment progress /治療経過
	☐ خاضع للعلاج/Recovered/治療	☐ خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中	
	☐ لم يخضع للعلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	☐ لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療	
	☐ خاضع للعلاج/Recovered/治療	☐ خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中	
	☐ لم يخضع للعلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	☐ لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療	
	☐ خاضع للعلاج/Recovered/治療	☐ خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中	
	☐ لم يخضع للعلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	☐ لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療	
	☐ خاضع للعلاج/Recovered/治療	☐ خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中	
	☐ لم يخضع للعلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	☐ لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療	

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

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 b. Hepatitis/肝炎	ج. تليف الكبد Hepatic cirrhosis /肝硬化	د. 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
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
④	أمراض الكلى والمصلاك 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 المصلاك البولية Urinary tract infection /尿路感染症	د. 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. 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 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
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
		د. 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. 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. 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
		و. سرطان الرئة Lung cancer/肺癌	د. 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. 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
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	
⑭	أمراض الجلد /Skin disease /皮膚の疾患	أ. التهاب جلدي تأقني 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	

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 كنت إجابتك "نعم"، فاكتب تاريخ الجراحة التي أجريتها
/If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に印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

☐ 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	_____سيجار/ات/اليوم cigarettes/Day 本/日

إذا كنت لا تزال مدخنًا، فترك السؤال الخاص بالسنة التي ألفت 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

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

☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日	☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日	☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日	☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日
☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日	☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日	☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日	☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日
☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日	☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日	☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日	☐ _____مل/ml / يوم/Day/ 日

إذا كنت أنثى، فأجيبني على الأسئلة أدناه. هل أنت حامل، أو من المحتمل أن تكوني حاملاً؟

/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

☐ Do not know/わからない

☐ لا أعرف

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。

- ☐ 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 :

أُعِدَّت 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。