

Kuesioner Obstetri dan Ginekologi /Obstetrics and Gynecology Questionnaire/産婦人科 問診票

Nama pasien /Name of patient /患者氏名				BT=	°C
Tanggal lahir /Date of birth /生年月日 (西暦)	tahun /Year/年	bulan /Month/ 月	tanggal /Day/日	PR=	menit./min./
	(Tahun/Years old/歳)			BP=	分
				RR=	mmHg/mmHg/mmHg
				SPO2=	menit./min./分
					%
Tinggi / Berat/Height/Weight/身長・体重	cm/cm	kg/kg	jenis kelamin/Sex/性別	<input type="checkbox"/> laki-laki/Male/男性 <input type="checkbox"/> perempuan/Female/女性	
Alergi/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Makanan/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Obat-obatan/Medicine/薬:				

Apa masalahnya hari ini? (Centang semua yang berlaku.)/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。)

- | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kehamilan
/Pregnancy/妊娠 | <input type="checkbox"/> Gangguan menstruasi
/Menstrual disorder
/月経異常 | <input type="checkbox"/> Nyeri haid
/Menstrual pain/月経痛 | <input type="checkbox"/> Keputihan
/Vaginal discharge
/おりもの | <input type="checkbox"/> Perdarahan vagina yang tidak normal
/Abnormal vaginal bleeding
/不正出血 | <input type="checkbox"/> Sakit saat buang air kecil
/Pain when urinating
/排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> Kesulitan buang air kecil
/Difficulty urinating
/尿がでにくい | <input type="checkbox"/> Hematuria (darah dalam urin)
/Hematuria (blood in urine)
/尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> Piuria (nanah dalam urin)
/Pyuria (pus in urine)
/尿に膿が混じる | <input type="checkbox"/> Ruam perineum
/Perineum rash
/会陰部にできもの | <input type="checkbox"/> Kemerahan dan bengkak
/Redness and swelling
/赤く腫れている | <input type="checkbox"/> Merasa sakit
/Have pain
/痛みがある |
| <input type="checkbox"/> Rasa gatal/Itchiness
/かゆみ | <input type="checkbox"/> Inkontinensia urin
/Urinary incontinence
/尿失禁 | <input type="checkbox"/> Inkontinensia tinja
/Fecal incontinence
/便失禁 | <input type="checkbox"/> Prolaps rahim
/Uterine prolapse
/子宮脱 | <input type="checkbox"/> Konsultasi pengobatan kesuburan/Consultation on fertility treatment/不妊の相談 | <input type="checkbox"/> Muntah
/Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Mual/Nausea
/嘔気 | <input type="checkbox"/> Skrining kanker
/Cancer screening/がん健診 | <input type="checkbox"/> Saya disarankan oleh klinik/rumah sakit lain (atau pada pemeriksaan rutin) untuk datang ke sini.
/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"/> Lainnya/Other(s)
/その他: | | | | | |

Saya ingin bertanya tentang periode menstruasi Anda./I'd like to ask you about your menstrual periods.

/月経についてお伺いします。

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berapa umur Anda saat mulai menstruasi?
/How old were you when you started having your period?/月経がはじまったのはいつですか。 | usia/Age
/年齢: | Usiamu sekitar /When you were around
_____ tahun/years old/歳ごろ | |
| <input type="checkbox"/> Berapa umur Anda saat terakhir kali menstruasi?
/How old were you when you had your last period?/月経が終わったのはいつですか。 | usia/Age
/年齢: | Usiamu sekitar /When you were around
_____ tahun/years old/歳ごろ | |
| <input type="checkbox"/> Berapa hari siklus menstruasi anda?
/How many days long is your menstrual cycle?/月経周期は何日ですか。 | _____ Siklus harian-menstruasi
/Day-menstrual cycle/日型 | <input type="checkbox"/> Tidak teratur
/Irregular/不定期で不順 | |
| <input type="checkbox"/> Berapa hari rata-rata menstruasi berlangsung?
/How many days do periods last on average?/平均月経持続日数は何日ですか。 | _____ Panjang hari periode menstruasi Anda
/Day-length of your menstrual period/日間 | | |
| <input type="checkbox"/> Apa aliran yang biasa Anda lakukan?/What is your usual flow?
/月経の量はどのくらいですか。 | <input type="checkbox"/> lebih sedikit/Light
/少ない | <input type="checkbox"/> normal
/Normal/普通 | <input type="checkbox"/> berat/Heavy/多い |
| <input type="checkbox"/> Apakah Anda merasakan nyeri saat haid??
/Do you have any pain during your periods?/月経痛はありますか。 | <input type="checkbox"/> Tidak/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> Ya./Yes
/はい | |

Jika Anda menjawab "Ya" dan minum obat pereda nyeri, tuliskan nama obat pereda nyeri tersebut./

If you answered "Yes" and take a pain killer, write the name of that pain killer.

/"はい"と答えた方で鎮痛剤を使用されている方は、鎮痛剤も書いてください。

Pembunuh rasa sakit/Pain killer/鎮痛剤:

- | | | | | |
|--|----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kapan terakhir kali Anda menstruasi?
/When was your last period?/最終月経はいつですか。 | tahun
/Year
/年 | bulan
/Month
/月 | tanggal
/Day
/日 | |
|--|----------------------|-----------------------|-----------------------|--|

Apakah anda pernah melakukan hubungan seksual?/Have you ever had sexual intercourse?

/今までに性交渉の経験がありますか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Pernahkah Anda menjalani tes kanker rahim?/Have you ever had a uterine cancer test?

/子宮がん検診を受けたことがありますか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

***Jika Anda pernah menjalani operasi sebelumnya, tuliskan tanggalnya.**

/If you had a surgery before, write its date./受けたことがある方は日付を書いてください。

_____	tahun /Year /年	bulan /Month /月	tanggal /Day /日	
-------	----------------------	-----------------------	-----------------------	--

Apakah Anda pernah mengonsumsi pil KB?/Have you ever taken birth control pills?

/ピル(避妊薬)を飲んでいたことがありますか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Apakah Anda sedang hamil atau mungkin hamil?/Are you pregnant or possibly pregnant?

/妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes/はい
(_____ Minggu/Weeks/週) Tidak tahu/Do not know/わからない

Apakah Anda sedang menyusui?/Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか?

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Saya ingin bertanya tentang kehamilan yang lalu. Jika Anda memiliki Buku Pedoman Kesehatan Ibu dan Anak pada kehamilan Anda yang lalu, harap bersiap untuk menyajikannya./I'd like to ask you about past pregnancies. If you had Maternal and Child Health Handbook(s) for your past pregnancies, please be prepared to present them.

/妊娠歴についてお伺いします※過去の妊娠の時の母子手帳をお持ちの方は母子手帳を用意してください。

- Tidak mempunyai riwayat kehamilan/Have no history of pregnancy
/妊娠したことがない

Jika Anda mencentang "Saya pernah hamil", tulis riwayat kehamilan Anda di bawah.
/If you checked "I had a pregnancy", write your pregnancy history below.

- Saya pernah hamil/Have a history of pregnancy
/妊娠したことがある

/「妊娠したことがある」に☑された方は下の妊娠歴をお書きください。

	tahun/bulan/hari/Year/Month/Day /年月日	Pengiriman/Delivery/分娩	Mengalami keguguran atau tidak /Had a miscarriage or not /流産の有無	Apakah kehamilannya tidak normal atau tidak/Had abnormal pregnancy or not /異常妊娠の有無	Minggu kehamilan /Weeks of pregnancy/週数
Bayi pertama /First baby /1人目	_____ tahun/Year/年 _____ bulan/Month/月 _____ hari/Day/日	<input type="checkbox"/> Persalinan pervaginam /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Operasi caesar /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Keguguran/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Abortus/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Ya./Yes/あり <input type="checkbox"/> Tidak/No/なし	_____ Minggu /Weeks/週
bayi kedua /Second baby /2人目	_____ tahun/Year/年 _____ bulan/Month/月 _____ hari/Day/日	<input type="checkbox"/> Persalinan pervaginam /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Operasi caesar /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Keguguran/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Abortus/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Ya./Yes/あり <input type="checkbox"/> Tidak/No/なし	_____ Minggu /Weeks/週
bayi ketiga /Third baby /3人目	_____ tahun/Year/年 _____ bulan/Month/月 _____ hari/Day/日	<input type="checkbox"/> Persalinan pervaginam /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Operasi caesar /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Keguguran/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Abortus/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Ya./Yes/あり <input type="checkbox"/> Tidak/No/なし	_____ Minggu /Weeks/週
bayi keempat /Fourth baby /4人目	_____ tahun/Year/年 _____ bulan/Month/月 _____ hari/Day/日	<input type="checkbox"/> Persalinan pervaginam /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Operasi caesar /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Keguguran/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Abortus/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Ya./Yes/あり <input type="checkbox"/> Tidak/No/なし	_____ Minggu /Weeks/週
bayi kelima /Fifth baby /5人目	_____ tahun/Year/年 _____ bulan/Month/月 _____ hari/Day/日	<input type="checkbox"/> Persalinan pervaginam /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Operasi caesar /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Keguguran/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Abortus/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Ya./Yes/あり <input type="checkbox"/> Tidak/No/なし	_____ Minggu /Weeks/週

Apakah Anda mempunyai masalah selama kehamilan atau persalinan?/Did you have any problems during your pregnancy or delivery?

/過去に妊娠中・分娩時などの異常はありましたか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Jika Anda mencentang "Ya", centang item berikut yang sesuai.

/If you checked "Yes", check the following items that apply.

/「はい」に☑された方は、下の項目で当てはまるものに、☑してください。

- Hipertensi
/Hypertension/高血圧 Diabetes mellitus
/Diabetes mellitus/糖尿病
Punya masalah dengan pembekuan darah
/Had a problem with blood clotting
/出血が止まりにくかった
- Pembengkakan/Swelling
/むくみ Ancaman persalinan prematur
/Threatened premature delivery/切迫早産
- Ledakan/Convulsion
/けいれん Lainnya/Other(s)/その他:

Jika Anda sedang hamil, apakah Anda ingin melahirkan bayi di rumah sakit ini?/If you are pregnant, would you like to have the baby at this hospital?

/妊娠の方は当院での出産を希望されますか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Seperti apa gejalanya?/What is the symptom like?

/症状はどのような性質を持っていますか。

- Konstan/Constant/絶え間なく、続いている Gejala ini berangsur-angsur memburuk/The symptom is gradually worsening.
/徐々にひどくなってきている
- Gejala datang dan pergi/The symptom comes and goes. Lainnya/Other(s)/その他:

Jika gejala yang Anda sebutkan di atas masih berlanjut, kapan gejalanya mulai terjadi?

/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。

tahun /Year /年 bulan /Month /月 tanggal /Day /日 Dari sekitar/From about _____ : _____ am./am./pm./pm
午前・午後 時 分ごろから

Apakah Anda sedang menjalani pengobatan, termasuk vitamin dan suplemen nutrisi?

/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。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

*Tunjukkan kepada kami obat atau catatan pengobatan Anda (buku catatan).

/Show us your medication or medication record (notebook).

/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。

	Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara minum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara minum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Apakah Anda, atau pernahkah Anda berada di bawah perawatan dokter di masa lalu?/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?

Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Jika Anda mencentang "Ya", pilih kondisi dari daftar, dan tuliskan nama rumah sakit tempat Anda menerima perawatan.
/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
/「はい」に印した人は、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。

Nama penyakit (Tuliskan nomor dari daftar berikut ini) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Treatment kemajuan/Treatment progress /治療経過	Nama rumah sakit/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	

<Daftar penyakit/List of diseases/疾患リスト>

Sistem penyakit /System of disease/疾患の系統	Nama penyakit/Disease names /疾患名
① Penyakit pencernaan /Digestive disease /消化器系の疾患	a. Tukak lambung /Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. Hepatitis /Hepatitis /肝炎 c. Sirosis hati /Hepatic cirrhosis /肝硬変 d. Lainnya/Others/その他
② Penyakit sistem peredaran darah /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hipertensi /Hypertension/高血圧 b. Angina pectoris /infark miokard /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. Aritmia /Arrhythmia/不整脈 d. Gagal jantung /Heart failure/心不全 e. Lainnya/Others/その他
③ Penyakit pernapasan /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma /Asthma/喘息 b. Penyakit paru obstruktif kronik /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 c. Pneumonia /Pneumonia/肺炎 d. Tuberkulosis paru /Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. Lainnya/Others/その他
④ Penyakit ginjal dan urologi /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Gagal ginjal kronis /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. Batu ginjal/kemih /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. Infeksi saluran kemih /Urinary tract infection /尿路感染症 d. Lainnya/Others/その他
⑤ Penyakit otak dan sistem saraf /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Infark serebral /Cerebral infarction /脳梗塞 b. Pendarahan otak /Cerebral hemorrhage /脳出血 c. Epilepsi /Epilepsy /てんかん d. Lainnya/Others/その他
⑥ Penyakit endokrin atau metabolik /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /Diabetes mellitus /糖尿病 b. Hiperlipidemia /Hyperlipidemia /高脂血症 c. Kerusakan kelenjar tiroid /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. Hiperurisemia /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Lainnya/Others/その他
⑦ Penyakit tulang atau otot /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Arthritis reumatoid /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. Osteoporosis /Osteoporosis /骨粗鬆症 c. Osteoarthritis /Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. Diskus intervertebralis yang mengalami herniasi /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. Asam urat/Gout/痛風 f. Lainnya/Others/その他
⑧ Penyakit kebidanan dan kandungan /Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Fibroid rahim /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. Dismenore /Dysmenorrhea /月経困難症 c. Infertilitas /Infertility /不妊症 d. Lainnya/Others/その他
⑨ Penyakit mata /Eye disease/眼の疾患	a. Katarak /Cataract/白内障 b. Glaukoma /Glaucoma/緑内障 c. Retinopati /Retinopathy/網膜症 d. Lainnya/Others/その他
⑩ Tumor ganas /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Kanker perut /Stomach cancer/胃がん b. Kanker usus besar /Colon cancer/大腸がん c. Kanker hati/kandung empedu/pankreas /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. Kanker payudara /Breast cancer/乳がん e. Kanker rahim /Uterine cancer /子宮がん f. Kanker paru-paru /Lung cancer/肺癌 g. Lainnya/Others/その他
⑪ Penyakit mental /Mental disease /精神の疾患	a. Depresi /Depression/うつ病 b. Skizofrenia /Schizophrenia /統合失調症 c. Lainnya/Others/その他
⑫ Penyakit THT /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Gangguan pendengaran /Impaired hearing/難聴 b. Pusing /Dizziness/めまい c. Kebisingan telinga /Ear noise/耳鳴 d. Alergi serbuk sari /Pollen allergy/花粉症 e. Lainnya/Others/その他
⑬ Penyakit darah /Blood disease /血液の疾患	a. Anemia /Anemia/貧血 b. Leukemia /Leukemia/白血病 c. Lainnya/Others/その他
⑭ Penyakit kulit /Skin disease /皮膚の疾患	a. Dermatitis atopik /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. Tinea (kaki atlet) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. Lainnya/Others/その他

Apakah Anda pernah menjalani operasi?/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Jika Anda mencentang "Ya", tuliskan riwayat operasi Anda.
/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。

Nama penyakit/Disease names /疾患名	Nama operasi Anda /Name of your surgery/手術名	Ketika Anda menjalani operasi /When you had the surgery /手術をした時期	Rumah sakit tempat Anda menjalani operasi /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※Jika Anda tidak yakin dengan tanggal pasti operasi, tuliskan tahun atau usia.

/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。

Apakah Anda merokok secara teratur? /Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい Digunakan untuk merokok/Used to smoke
/以前吸っていた

Konsumsi rokok /Cigarette consumption/喫煙量	Durasi merokok/Duration of smoking /喫煙期間	Tahun ketika Anda berhenti merokok /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ rokok/Hari cigarettes/Day 本/日	_____ tahun/Year/年	_____ tahun/Year/年 _____ bulan/Month/月

*Jika Anda masih memiliki kebiasaan merokok, biarkan kosong pada pertanyaan tentang tahun Anda berhenti merokok.

/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。

Apakah Anda minum secara teratur? /Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい Digunakan untuk minum secara teratur/Used to drink regularly
/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Bir/Beer/ビール	_____ ml/hari/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Wiski/Whisky/ウイスキー	_____ ml/hari/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Sake Jepang /Japanese sake/日本酒	_____ ml/hari/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Anggur/Wine/ワイン	_____ ml/hari/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Lainnya/Other(s)/その他	_____ ml/hari/ml /Day/日		

Jika perempuan, jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini. Apakah Anda sedang hamil, atau mungkin hamil?

/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。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい Tidak tahu/Do not know/わからない

Apakah Anda sedang menyusui?/Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか。

- Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Jika Anda memiliki permintaan khusus mengenai konsultasi, centang kotak.

/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。

- Saya ingin diberitahu tentang perkiraan biaya pengobatan saya sebelumnya.
/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。
- Saya ingin memiliki penerjemah jika layanan penerjemah tersedia.
/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。
- Lainnya/Other(s)/その他 :

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。
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.
Terjemahan bahasa Inggris ini telah disiapkan di bawah pengawasan dokter, ahli hukum, atau lainnya. Jika ada perbedaan dalam penafsiran karena perbedaan nuansa dalam bahasa atau sistem yang terkait, maka bahasa asli Jepang akan diprioritaskan.