

For Foreign Trainees/Technical Interns
外国人研修生・技能実習生のための

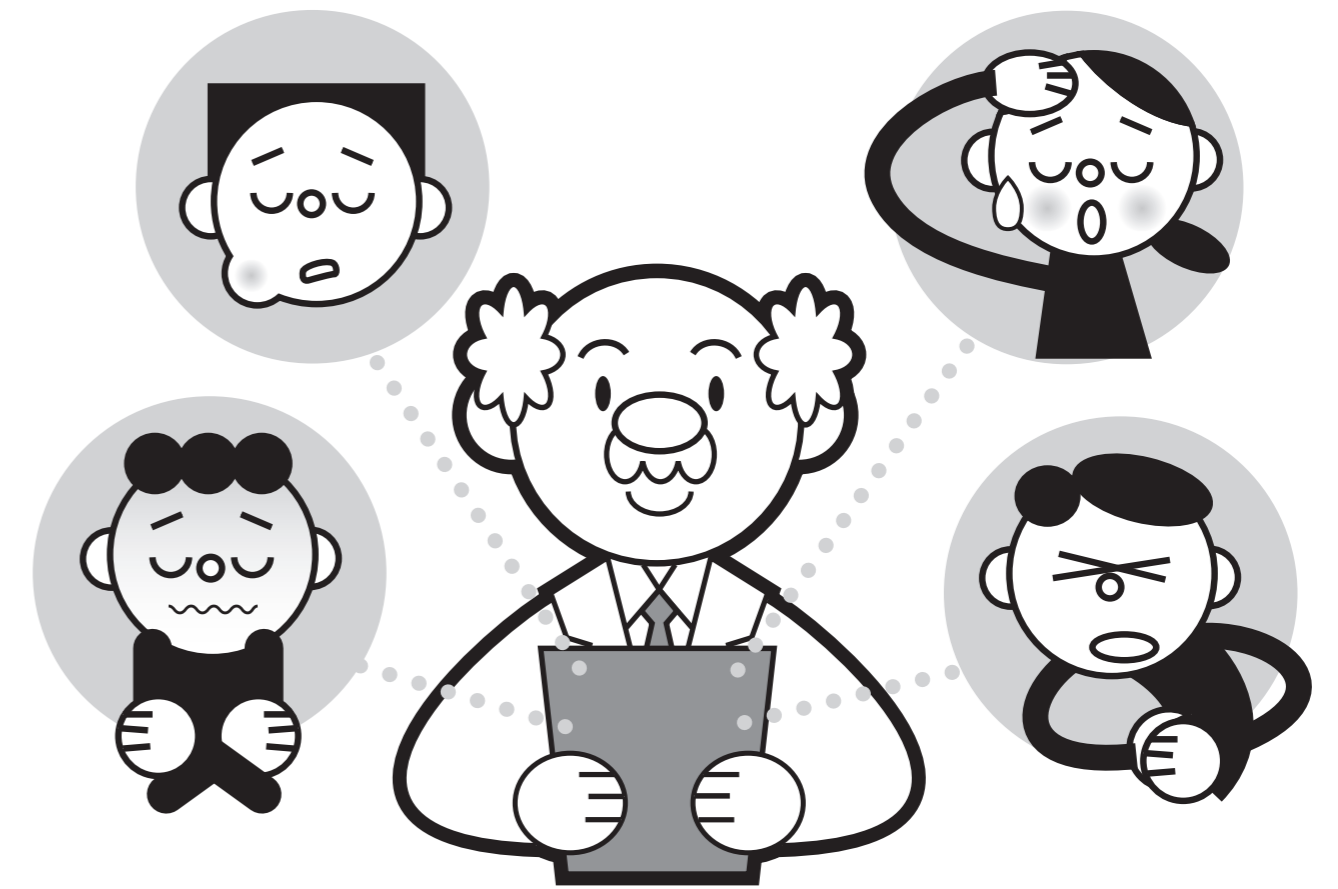
Self-Report Form for Medical Institutions

医療機関への自己申告表

Supplementary Questions About Your Physical Condition

補助問診票

JITCO



(For Foreign Trainees/Technical Interns)
(外国人研修生・技能実習生のための)

Self-Report Form for Medical Institutions

医療機関への自己申告表

Date of Entry: Year Month Day
記入日 年 月 日

This form consists of questions asked at reception and supplementary questions about your physical conditions, which need to be reported to the hospital. Fill in this form, ticking the appropriate boxes, before going to the hospital. When you get to the hospital, please hand the form in at reception.

病院へ申告するための「受付窓口での必要事項」と「補助問診票」です。予め記入し、該当する□に√印を付け、受付窓口にて提出して下さい。

Questions Asked at Reception

受付窓口での必要事項

(1)	Name	:	
	名前		
(2)	Sex	:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
	性別		男 女
(3)	Date of Birth	:	Year Month Day
	生年月日		年 月 日
(4)	Age	:	
	年齢		
(5)	Nationality	:	
	国籍		
(6)	Address	:	
	住所		
(7)	Telephone Number	:	
	電話番号		
(8)	Contact		
	連絡先		
	Company Name	:	
	企業名		
	Person in Charge	:	
	担当者名		
	Telephone Number	:	
	電話番号		

- (9) Which department are you visiting?
何科を受診しますか
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internal Medicine
内科 | <input type="checkbox"/> Surgery
外科 | <input type="checkbox"/> Orthopedics
整形外科 |
| <input type="checkbox"/> Ophthalmology
眼科 | <input type="checkbox"/> Otolaryngology
耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> Dentistry
歯科 |
| <input type="checkbox"/> Urology
泌尿器科 | <input type="checkbox"/> Obstetrics and Gynecology
産婦人科 | <input type="checkbox"/> Dermatology
皮膚科 |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatic Internal Medicine and Psychiatry
心療内科・精神科 | <input type="checkbox"/> Don't know
わかりません | <input type="checkbox"/> Emergency Outpatient
救急外来 |
| <input type="checkbox"/> Other
その他 | | |

- (10) When did you come to Japan?
いつ日本に来ましたか
- Year Month Day
年 月 日

- (11) Do you speak Japanese?
日本語は話せますか
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yes | Basic only | No |
| はい | 簡単な日本語は分かります。 | いいえ |

- (12) Medical Expenses
医療費について
- ()
I am insured of health insurance. Health Insurance Number
健康保険に加入しています。健康保険証番号
- As I am not insured, I will cover my own expenses.
健康保険に加入していませんので、全額自費で払います。
- As I was involved in a labor accident, I will apply for workmen's accident compensation insurance.
労災事故であり、労災保険の申請をします。

Supplementary Questions About Your Physical Condition 補助問診票

I Family History 家族歴について

If any of your family members including the deceased had any of the following disease, encircle with if appropriate.
亡くなった方も含めて家族にも以下の症状があれば、の周りを \bigcirc で囲んで下さい。

II Medical History 既往症について

- (1) Have you ever had any of the following diseases? Yes No
今まで病気にかかったことはありますか。 はい いいえ

If Yes, tick the appropriate one.

「はい」と答えた場合、該当するものに、 \surd 印を付けて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Respiratory disease
呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> Disease in digestive organ(s)
消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> Hypertension
高血圧症 | <input type="checkbox"/> Cardiac disease
心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Disease in urinary organ(s)
泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> Gynecological disease
婦人科の病気 |
| <input type="checkbox"/> Infectious disease
感染症 | <input type="checkbox"/> Allergic disease
アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> Mental illness
心の病気 | |

If any else, please state the name of the disease : ()
その他あれば、記入して下さい。

- (2) Do you take medicine regularly? Yes No
現在、定期的に飲んでいる薬がありますか。 ある ない

If Yes, tick the appropriate one.

「ある」と答えた場合、該当するものに、 \surd 印を付けて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicine of respiratory disease
呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> Medicine of digestive organ disease
消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> Medicine of hypertension
高血圧の治療薬 | <input type="checkbox"/> Medicine of cardiac disease
心臓病の治療薬 |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sleeping pill
睡眠薬 | <input type="checkbox"/> Tranquilizer
精神安定剤 |
| <input type="checkbox"/> Medicine brought from my country
母国から持ってきた | <input type="checkbox"/> Other
その他 |

State the name of the medicine if you know it. ()
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

- (3) Have you ever had a rash on the skin or become ill after taking medicine or receiving an injection?
今まで薬を飲んだり、注射をした後に、皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。
- Yes No
ある ない

If Yes, tick the appropriate one.

「ある」と答えた場合、該当するものに、 \surd 印を付けて下さい。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pyrine medicines
ピリン系の薬 | <input type="checkbox"/> Antibiotics
抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> Anesthetic
麻酔薬 | <input type="checkbox"/> Other
その他 |

State the name of the medicine if you know it. ()
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

III Alcohol and Tobacco 酒またはタバコについて

- (1) Do you drink alcohol?
お酒を飲みますか。
- Yes No
はい いいえ

If Yes, fill in the appropriate blank.

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

How much do you drink at one time?

1 回に飲む量は、主に

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ____ bottle(s) of beer
ビール ____ 本 | 2. ____ ml of sake
日本酒 ____ ml |
| 3. ____ ml of shochu (clear liquor)
焼酎 ____ ml | |
| 4. Other ()
その他 | |

- (2) Do you smoke?
たばこを吸っていますか。
- Yes (____ cigarette(s)/day) No
はい (一日に約 ____ 本) いいえ

IV Why did you come to the hospital?

どうしたのですか

- Because I am not well. Because I am injured. Because abnormality was found by the health check.
体の調子が悪いので、来ました。 ケガをしたので、来ました。 健康診断で異常が見つかりましたので、来ました。

(1) General condition

体全体の症状

- I am feverish. My temperature is ____ °C.
熱があります。熱が ____ 度あります。
- I have been fatigued.
疲れがとれない。
- I feel weary.
体がだるいのです。
- I catch a cold easily.
風邪をひきやすいです。
- I feel dizzy.
めまいがします。
- I am wakeful and wake up too early in the morning.
寝つきが悪かったり、朝早く目が覚めたりします。
- I feel depressed and melancholy.
気持ちが落ち込み、ゆううつです。
- I can not enjoy what I could enjoy before.
今まで楽しめていたことが楽しめません。
- Other
その他

- (2) My symptoms have continued for ____ days.
症状は、 ____ 日前からです。

V I have an abnormality at the part of my body shown by the box ticked below.

√印を付けた体の部位に異常があります。

1. Head/Face 2. Eye(s) 3. Ear(s) 4. Nose
頭・顔 目 耳 鼻
5. Mouth 6. Tooth(Teeth) 7. Throat
口 歯 のど
8. Neck/Shoulder(s) 9. Chest 10. Stomach
首・肩 胸 胃
11. Abdomen 12. Anus/Urinary organ(s)/Reproductive organ 13. Back/Waist
腹 肛門・泌尿器・生殖器 背・腰
14. Hand(s)/Arm(s)/Foot (feet)/Joint(s) 15. Skin
手・腕・足・関節 皮膚

VI Do you feel any pain at the site ticked in V?

Vで√印を付けた部位に、痛みがありますか。

- Yes No
痛みがあります。 痛みはありません。

If Yes, fill in the appropriate blank.

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

The pain started ____ day(s) or ____ hour(s) ago.

その痛みは、 ____ 日前又は ____ 時間前から始まりました。

VII 1. Head/Face

頭/顔

Head

頭

- The surface of my head hurts. The inside of my head hurts.
表面が痛みます 内部が痛みます
- Part of my head hurts. I have a throbbing pain.
部分的に痛みます ズキンズキンします
- I have a dull pain. I have a squeezing pain.
ジーンとした痛みがあります。 しめつけるように痛みます
- I feel heaviness. I feel dizzy.
重く感じます くらくらします
- I feel fuzzy-headed and don't feel refreshed. Other
ぼおっとしてすっきりしません その他

Face

顔

- My face is glowing. My face is swollen.
ほてります むくんでいます
- My face twitches. Other
ピクピク痙攣します その他

2. Eye (s)

目

- I feel like I've got something in my (right/left) eye.
(右・左)に異物感があります
- I have a pain in my (right/left) eye. I feel itchy in my (right/left) eye.
(右・左)が痛みます (右・左)がかゆい
- My eyes get tired easily.
疲れやすい
- My (right/left) eye has become bloodshot.
(右・左)が充血しています
- I became difficult to see. I have double vision.
見えにくくなってきました ものが二重に見えます
- I have dim sight. I have dry eyes.
かすみやす かわきます
- Other
その他

3. Ear (s)

耳

- I have difficulty in hearing. My (right/left) ear is buzzing.
聞き取りにくいです 耳鳴りがします(右・左)
- My (right/left) ear is painful. I have a running ear (right/left) .
(右・左)が痛みます 耳だれが出ます(右・左)
- Other
その他

Please submit this sheet with appropriate boxes ticked when relevant.
(この頁に、該当部位があれば、症状に✓印を付けて提出して下さい。)

Please submit this sheet with appropriate boxes ticked when relevant.
(この頁に、該当部位があれば、症状に✓印を付けて提出して下さい。)

4. Nose

鼻

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I have a running nose.
鼻水が出ます | <input type="checkbox"/> My nose is stuffy.
鼻がつまります |
| <input type="checkbox"/> My nose bleeds.
鼻血が出ます | <input type="checkbox"/> I feel itchy in my nose.
鼻の中がかゆい |
| <input type="checkbox"/> Other
その他 | |

5. Mouth

口

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> My mouth becomes dry easily.
乾きます | <input type="checkbox"/> I have a pain in my cheek (s).
ほほが痛い |
| <input type="checkbox"/> My tongue hurts.
舌が痛い | <input type="checkbox"/> I have stomatitis.
口内炎が来ています |
| <input type="checkbox"/> I have a bad breath.
口臭がします | <input type="checkbox"/> Other
その他 |

6. Tooth (Teeth)

歯

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I have a toothache.
歯が痛い | |
| <input type="checkbox"/> I feel a smarting pain when I put something cold in my mouth.
冷たいものがしみます | |
| <input type="checkbox"/> I have a pain in my gums.
歯ぐきが痛い | <input type="checkbox"/> My gums are swollen.
歯ぐきがはれています |
| <input type="checkbox"/> My gums bleed.
歯ぐきから出血します | <input type="checkbox"/> A filling came out from my tooth.
歯の詰めものがとれました |
| <input type="checkbox"/> My tooth is chipped.
歯が欠けました | <input type="checkbox"/> Other
その他 |
| <input type="checkbox"/> I require only a temporary measure.
応急措置だけして下さい | |

7. Throat

のど

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> My throat is painful.
痛みます | <input type="checkbox"/> I feel pain when I swallow.
ものを飲み込むときに痛みます |
| <input type="checkbox"/> I have an irritated throat.
いがらっぽいです | <input type="checkbox"/> My throat feels blocked.
何か詰まっている感じがします |
| <input type="checkbox"/> My voice has gotten hoarse.
声がかすれます | <input type="checkbox"/> I cough.
せきが出ます |
| <input type="checkbox"/> I bring up sputum.
痰が出ます | <input type="checkbox"/> I bring up bloody sputum.
血痰が出ます |
| <input type="checkbox"/> Other
その他 | |

8. Neck/Shoulder (s)

首・肩

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> I feel a pain at my neck.
首が痛い | <input type="checkbox"/> I cannot turn/bend my neck.
首が回らない・曲がらない |
| <input type="checkbox"/> I strained my neck while sleeping.
寝違えました | <input type="checkbox"/> I feel stiffness at the back of the neck.
首の後ろがこります |
| <input type="checkbox"/> I have whiplash.
むち打ち症になりました | <input type="checkbox"/> I have stiff shoulders.
肩がこります |
| <input type="checkbox"/> Other
その他 | |

9. Chest

胸

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I have a pain.
痛みます | <input type="checkbox"/> My heart beats hard.
動悸がします |
| <input type="checkbox"/> I feel pressure in the chest.
圧迫感があります | <input type="checkbox"/> I feel hard to breathe.
息がしにくいです |
| <input type="checkbox"/> I have nausea.
吐き気がします | <input type="checkbox"/> I have heartburn.
胸やけがします |
| <input type="checkbox"/> Other
その他 | |

10. Stomach

胃

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> I have a dull pain.
鈍い痛みがあります | <input type="checkbox"/> I have a stinging pain.
刺すように痛みます |
| <input type="checkbox"/> I feel heaviness.
重い感じがします | <input type="checkbox"/> My stomach hurts when I am hungry.
空腹時に痛みます |
| <input type="checkbox"/> My stomach hurts after a meal.
食後に痛みます | <input type="checkbox"/> I have nausea.
吐き気がします |
| <input type="checkbox"/> I vomited.
吐きました | <input type="checkbox"/> I have no appetite.
食欲がない |
| <input type="checkbox"/> Other
その他 | |

11. Abdomen

腹

- I have a pain in my (entire/right/left) abdominal region.
(全体・右・左)下腹部が痛い
- My (right/left) flank hurts. I have a severe pain.
(右・左)脇腹が痛い ひどく痛みます
- I have a dull pain. I have an abdominal pain and nausea.
鈍い痛みがあります お腹が痛くて吐き気もします
- I have a squeezing pain in my entire abdomen.
腹部全体が絞められるように痛みます
- My abdomen is inflated. My bowels rumble.
お腹がはります お腹がゴロゴロします
- I suffer from severe diarrhea. [____ times a day]
ひどい下痢です。一日____回
- I suffer from mild diarrhea. I suffer from constipation. One time for ____ days.
軽い下痢です 便秘です。____日に1回です
- Other
その他

12. Anus/Urinary organ(s)/Reproductive organ

肛門・泌尿・生殖器

- I have piles. I feel itchy in my anus.
痔があります 肛門がかゆいです
- I have bloody feces. I urinate very often.
便に血が混じります 尿が近いです
- I feel pain when I urinate. I had bloody urine.
排尿するときに痛みます 血尿が出ました
- My sexual organs bleed. I have a discharge from my womb.
性器から出血します おりものがあります
- I have a period pain. My period does not come regularly.
生理痛があります 生理が不順です
- My period has stopped. I feel itchy in my genitals.
生理がとまりました 陰部にかゆみがあります
- Other
その他

13. Back/Waist

背・腰

- I have a pain in my back. I have a pain in my lower back.
背中が痛みます 腰が痛みます
- I feel weary in my lower back. I feel pain when I move my body.
腰がだるい 体を動かすときに痛い
- Other
その他

14. Hand (s)/Arm (s)/Foot (feet)/Joint (s)

手・腕・足・関節

- I have a pain in my (hand (s)/foot (feet))
(手・足)が痛みます
- My hand (s)/foot (feet) has become numb.
(手・足)がしびれています
- My foot (feet) cramps.
足がつります
- My feet are swollen.
足がむくんでいます
- I feel coldness in my hands and feet.
手足が冷たく感じます
- I have a sprained hand/foot/finger.
手・足・指をくじきました
- I cannot bend the joint/It is difficult to stretch the joint.
関節が曲がりません・伸びにくいです
- Other
その他

15. Skin

皮膚

- I feel itchy. I feel ache.
かゆいです 痛いです
- I have a boil I have eruptions
おできができました 発疹が出ました
- Other
その他