

面向外国技能实习生
外国人技能実習生のための

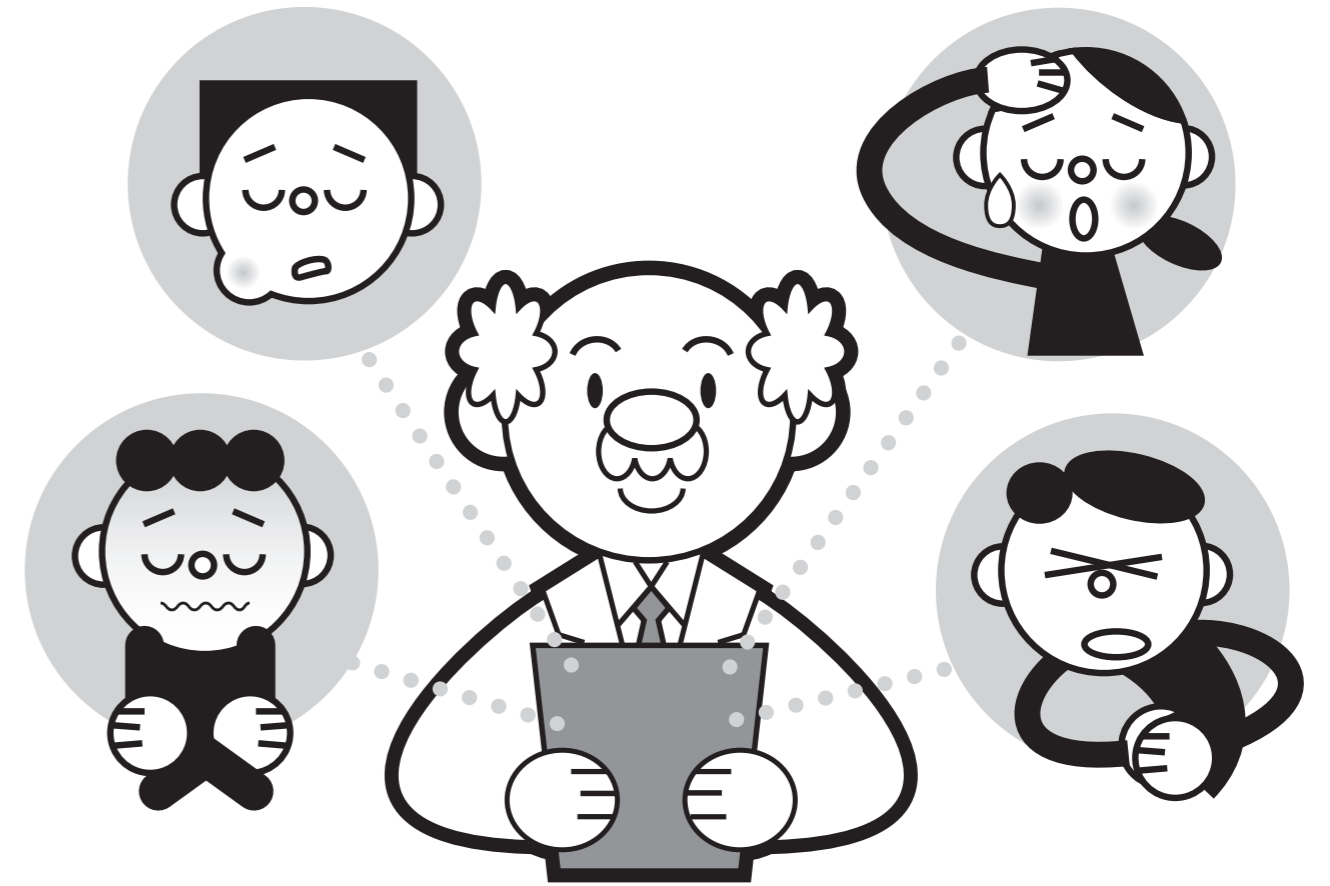
向医疗机构提交的 本人申报表

医療機関への自己申告表

辅助问诊票

補助問診票

JITCO



(面向外国技能实习生)
(外国人技能実習生のための)

向医疗机构提交的本人申报表 医療機関への自己申告表

登记日期: 年 月 日
記入日 年 月 日

向医院提交的申报表分为“受理窗口的必要事项”和“辅助问诊表”。请预先填写好，并在相符的□内打√，交给受理窗口。

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、受付窓口に提出して下さい。

接待窗口处填写的必要信息

受付窓口での必要事項

(1)	姓名 名前	:	
(2)	性别 性別	:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 男 女
(3)	出生年月日 生年月日	:	年 月 日 年 月 日
(4)	年龄 年齢	:	
(5)	国籍 国籍	:	
(6)	地址 住所	:	
(7)	电话号码 電話番号	:	
(8)	联系方式 連絡先	:	公司名称 企業名 负责人姓名 担当者名 电话号码 電話番号

(9)	需要就诊哪一科? 何科を受診しますか	<input type="checkbox"/> 内科 内科 <input type="checkbox"/> 眼科 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 心理内科・精神科 心療内科・精神科 <input type="checkbox"/> 不清楚 わかりません	<input type="checkbox"/> 外科 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 妇科 産婦人科 <input type="checkbox"/> 急诊 救急外来	<input type="checkbox"/> 整形外科 整形外科 <input type="checkbox"/> 牙科 歯科 <input type="checkbox"/> 皮肤科 皮膚科 <input type="checkbox"/> 其他 その他
(10)	何时来日本的? いつ日本に来ましたか	年 月 日 年 月 日		
(11)	会说日语吗? 日本語は話せますか	<input type="checkbox"/> 会 はい	<input type="checkbox"/> 简单的能理解 簡単な日本語は分かります。	<input type="checkbox"/> 不会 いいえ
(12)	关于医药费 医療費について	<input type="checkbox"/> 已加入健康保险(国民健康保险)。健康保险(国民健康保险)证号码 健康保険(国民健康保険)に加入しています。健康保険(国民健康保険)証番号 <input type="checkbox"/> 没有加入健康保险(国民健康保险)，全额自费。 健康保険(国民健康保険)に加入していませんので、全額自費で払います。 <input type="checkbox"/> 属于工伤事故，准备申请工人劳动保险。 労災事故であり、労災保険の申請をします。		

登记日期 : 年 月 日
記入日 年 月 日

辅助问诊票 補助問診票

I 关于家族病史 家族歴について

包括已故亲属在内的家族中，若患有以下病症，请在□的周围划上○。
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○で囲んで下さい。

II 关于以往病例 既往症について

(1) 至今为止有生过病吗? 有 没有
今まで病気にかかったことはありますか。 はい いいえ

“有”的话请在相应的选项前划上√。
「はい」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 呼吸系统疾病
呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> 消化系统疾病
消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> 高血压症
高血圧症 | <input type="checkbox"/> 心脏病
心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> 泌尿系统疾病
泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> 妇科疾病
婦人科の病気 |
| <input type="checkbox"/> 感染症
感染症 | <input type="checkbox"/> 过敏症
アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> 心理疾病
心の病気 | |

若不在上述疾病范围内，请在此标注 : ()
その他あれば、記入して下さい。

(2) 目前有定期服用的药物吗? 有 没有
現在、定期的に飲んでる薬がありますか。 ある ない

“有”的话请在相应的选项前划上√。
「ある」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 治疗呼吸系统的药物
呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> 治疗消化系统的药物
消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> 治疗高血压的药物
高血圧の治療薬 | <input type="checkbox"/> 治疗心脏病的药物
心臓病の治療薬 |

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 安眠药
睡眠薬 | <input type="checkbox"/> 镇定剂
精神安定剤 |
| <input type="checkbox"/> 本国带来的药物
母国から持ってきた | <input type="checkbox"/> 其他
その他 |

若知道药物名称，请在此标注。 ()
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

(3) 至今为止在服用药物后，或因注射引起皮肤发疹后，有过不良反应吗?
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。

有 没有
ある ない

“有”的话请在相应的选项前划上√。
「ある」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 匹林类药物
ピリン系の薬 | <input type="checkbox"/> 抗生类药物
抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> 麻醉药
麻酔薬 | <input type="checkbox"/> 其他
その他 |

若知道药物名称，请在此标注。 ()
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

III 关于饮酒与吸烟 酒またはタバコについて

(1) 您喝酒吗?
お酒を飲みますか。

喝 不喝
はい いいえ

“是”的话请根据实际情况，填写下列空白。
「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

- 一次大约喝多少酒?
1 回到飲む量は、主に
- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. 啤酒___瓶
ビール___本 | 2. 日本酒___ml
日本酒___ml |
| 3. 烧酒___ml
焼酎___ml | 4. 其他 ()
その他 |

(2) 您吸烟吗?
たばこを吸っていますか。
 吸 (一天大约___根) 不吸
はい (一日に約___本) いいえ

若在此页中有相应部位的症状请在□内划上√后提出。
(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。)

IV 为什么来医院?
どうしたのですか

- 因为身体不舒服。 因为受伤。 因为健康诊断显示健康异常。
- 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) 身体的全部症状
体全体の症状
- 发烧、体温____度。
熱があります。熱が____度あります。
 - 不能消除疲劳。
疲れがとれない。
 - 身体疲惫。
体がだるいのです。
 - 易患感冒。
風邪をひきやすいです。
 - 头晕目眩。
めまいがします。
 - 晚上睡不着，早上醒得早。
寝つきが悪かったり、朝早く目が覚めたりします。
 - 心情糟糕、烦闷。
気持ちが落ち込み、ゆううつです。
 - 以前感兴趣的東西现在都没兴趣。
今まで楽しめていたことが楽しめません。
 - 其他
その他

- (2) 此症状是从____天前开始。
症状は、____日前からです。

V 请在下表中，感觉异常的部位前划上√。
√印を付けた体の部位に異常があります。

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 头/脸
頭・顔 | <input type="checkbox"/> 2. 眼睛
目 | <input type="checkbox"/> 3. 耳朵
耳 | <input type="checkbox"/> 4. 鼻子
鼻 |
| <input type="checkbox"/> 5. 嘴巴
口 | <input type="checkbox"/> 6. 牙齿
歯 | <input type="checkbox"/> 7. 咽喉
のど | |
| <input type="checkbox"/> 8. 颈、肩
首・肩 | <input type="checkbox"/> 9. 胸部
胸 | <input type="checkbox"/> 10. 胃部
胃 | |
| <input type="checkbox"/> 11. 腹部
腹 | <input type="checkbox"/> 12. 肛门/泌尿器/生殖器
肛門・泌尿器・生殖器 | <input type="checkbox"/> 13. 背/腰
背・腰 | |
| <input type="checkbox"/> 14. 手/腕/脚/关节
手・腕・足・関節 | <input type="checkbox"/> 15. 皮肤
皮膚 | | |

VI 在第V部分划√的部位，会有疼痛感吗?
Vで√印を付けた部位に、痛みがありますか。

- 有 没有
- 痛みがあります。 痛みはありません。
- “有”的话请根据实际情况，填写下列空白。
- 「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。
- 疼痛是从____天前或者____小时前开始的。
- その痛みは、____日前又は____時間前から始まりました。

VII 1. 头/脸
頭/顔

- 頭
頭
- 头表疼痛
表面が痛みます
 - 局部疼痛
部分的に痛みます
 - 隐隐作痛
ジーンとした痛みがあります。
 - 感觉头重
重く感じます
 - 头脑发昏思维不清晰
ぼおっとしてすっきりしません
 - 头内疼痛
内部が痛みます
 - 跳痛
ズキンズキンします
 - 挤压一般疼痛
しめつけるように痛みます
 - 眩晕
くらくらします
 - 其他
その他

- 脸
顔
- 脸发热
ほてります
 - 抽筋
ピクピク痙攣します
 - 浮肿
むくんでいます
 - 其他
その他

2. 眼睛
目

- (右眼/左眼)有异物感
(右・左)に異物感があります
- (右眼/左眼)有疼痛感
(右・左)が痛みます
- 容易视疲劳
疲れやすい
- (右眼/左眼)充血
(右・左)が充血しています
- 看不清东西
見えにくくなってきました
- 看东西模糊
かすみます
- 其他
その他
- (右眼/左眼)发痒
(右・左)がかゆい
- 看东西重影
ものが二重に見えます
- 干燥
かわきます

3. 耳朵
耳

- 听不清东西
聞き取りにくいです
- (右耳/左耳)有疼痛感
(右・左)が痛みます
- 其他
その他
- (右耳/左耳)耳鸣
耳鳴りがします(右・左)
- (右耳/左耳)耳漏
耳だれが出ます(右・左)

若在此页中有相应部位的症状请在□内划上✓后提出。
(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。)

若在此页中有相应部位的症状请在□内划上✓后提出。
(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. 鼻子

鼻

<input type="checkbox"/> 流鼻涕 鼻水が出ます	<input type="checkbox"/> 鼻塞 鼻がつまります
<input type="checkbox"/> 流鼻血 鼻血が出ます	<input type="checkbox"/> 鼻内癢痒 鼻の中がかゆい
<input type="checkbox"/> 其他 その他	

5. 嘴巴

口

<input type="checkbox"/> 口干 乾きます	<input type="checkbox"/> 脸颊疼痛 ほほが痛い
<input type="checkbox"/> 舌头疼痛 舌が痛い	<input type="checkbox"/> 口腔炎 口内炎が来ています
<input type="checkbox"/> 口臭 口臭がします	<input type="checkbox"/> 其他 その他

6. 牙齿

歯

<input type="checkbox"/> 牙痛 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 遇冷疼痛 冷たいものがしみます
<input type="checkbox"/> 牙龈疼痛 歯ぐきが痛い	<input type="checkbox"/> 牙龈肿胀 歯ぐきははれています
<input type="checkbox"/> 牙龈出血 歯ぐきから出血します	<input type="checkbox"/> 齿内填充物脱落 歯の詰めものがとれました
<input type="checkbox"/> 牙齿缺损 歯が欠けました	<input type="checkbox"/> 其他 その他
<input type="checkbox"/> 仅作应急处理 応急措置だけして下さい	

7. 咽喉

のど

<input type="checkbox"/> 咽喉疼痛 痛みます	<input type="checkbox"/> 吞咽食物时疼痛 ものを飲み込むときに痛みます
<input type="checkbox"/> 熏呛感 いがらっぽいです	<input type="checkbox"/> 阻塞感 何か詰まっている感じがします
<input type="checkbox"/> 声音嘶哑 声がかすれます	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せきが出ます
<input type="checkbox"/> 有痰 痰が出ます	<input type="checkbox"/> 痰中有血 血痰が出ます
<input type="checkbox"/> 其他 その他	

8. 颈/肩

首・肩

<input type="checkbox"/> 颈痛 首が痛い	<input type="checkbox"/> 脖子无法旋转、不能弯曲 首が回らない・曲がらない
<input type="checkbox"/> 落枕 寝違えました	<input type="checkbox"/> 后颈酸痛 首の後ろがこります
<input type="checkbox"/> 击撞颈椎挫伤症 むち打ち症になりました	<input type="checkbox"/> 肩膀酸痛 肩がこります
<input type="checkbox"/> 其他 その他	

9. 胸部

胸

<input type="checkbox"/> 胸部疼痛 痛みます	<input type="checkbox"/> 心跳加剧 動悸がします
<input type="checkbox"/> 有压迫感 压迫感があります	<input type="checkbox"/> 呼吸困难 息がしにくいです
<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気がします	<input type="checkbox"/> 烧心 胸やけがします
<input type="checkbox"/> 其他 その他	

10. 胃部

胃

<input type="checkbox"/> 隐隐作痛 鈍い痛みがあります	<input type="checkbox"/> 刺痛 刺すように痛みます
<input type="checkbox"/> 下坠感 重い感じがします	<input type="checkbox"/> 空腹时疼痛 空腹時に痛みます
<input type="checkbox"/> 饭后疼痛 食後に痛みます	<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気がします
<input type="checkbox"/> 呕吐 吐きました	<input type="checkbox"/> 食欲不振 食欲がない
<input type="checkbox"/> 其他 その他	

若在此页中有相应部位的症状请在□内划上√后提出。
(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。)

11. 腹部

腹

- (整体/右腹/左腹)下腹疼痛
(全体・右・左)下腹部が痛い
- (右腹/左腹)両側疼痛
(右・左)脇腹が痛い
- 劇痛
ひどく痛みます
- 隐隐作痛
鈍い痛みがあります
- 腹痛恶心
お腹が痛くて吐き気もします
- 腹部整体绞痛
腹部全体が絞められるように痛みます
- 腹胀
お腹がはります
- 肚子咕噜咕噜作响
お腹がゴロゴロします
- 严重腹泻。一天____次
ひどい下痢です。一日____回
- 便秘, ____天一次
便秘です。____日に1回です
- 轻微腹泻
軽い下痢です
- 其他
その他

12. 肛门/泌尿/生殖器

肛门・泌尿・生殖器

- 痔疮
痔があります
- 肛门瘙痒
肛門がかゆいです
- 便血
便に血が混じります
- 尿频
尿が近いです
- 尿痛
排尿するときに痛みます
- 血尿
血尿が出ました
- 生殖器出血
性器から出血します
- 白带增多
おりものがあります
- 痛经
生理痛があります
- 月经不调
生理が不順です
- 停经
生理がとまりました
- 阴部瘙痒
陰部にかゆみがあります
- 其他
その他

13. 背/腰

背・腰

- 背痛
背中が痛みます
- 腰痛
腰が痛みます
- 腰酸
腰がだるい
- 身体移动时疼痛
体を動かすときに痛い
- 其他
その他

若在此页中有相应部位的症状请在□内划上√后提出。
(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。)

14. 手/腕/脚/关节

手・腕・足・関節

- (手/脚)疼痛
(手・足)が痛みます
- (手/脚)发麻
(手・足)がしびれています
- 脚抽筋
足がつります
- 脚部浮肿
足がむくんでいます
- 手脚冰冷
手足が冷たく感じます
- 手/脚/指头挫伤
手・足・指をくじきました
- 关节不能弯曲、伸展困难
関節が曲がりません・伸びにくいです
- 其他
その他

15. 皮膚

皮膚

- 皮肤瘙痒
かゆいです
- 皮肤疼痛
痛いです
- 皮肤生疮
おできができました
- 皮肤发疹
発疹が出ました
- 其他
その他