

Untuk Trainee dan Trainee Praktek Kerja Asing

外国人研修生・技能実習生のための

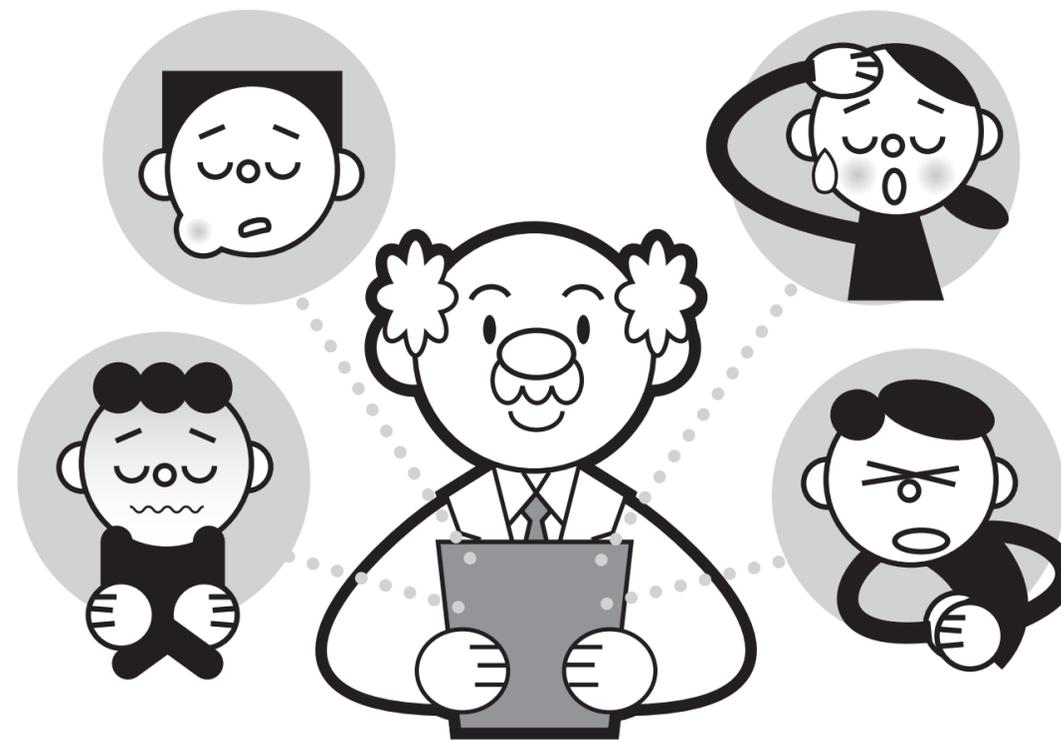
# Formulir Laporan Diri untuk Lembaga Medis

医療機関への自己申告表

## Pertanyaan Tambahan tentang Kondisi Fisik Anda

補助問診票

**JITCO**



(Untuk Trainee dan Trainee Praktek Kerja Asing)  
(外国人研修生・技能実習生のための)

# Formulir Laporan Diri untuk Lembaga Medis 医療機関への自己申告表

Tanggal Pengisian:      Tahun      Bulan      Tanggal  
記入日                      年              月              日

Formulir ini berisi pertanyaan yang diajukan di loket pendaftaran pasien dan pertanyaan tambahan tentang kondisi fisik Anda, yang perlu dilaporkan ke rumah sakit. Isilah formulir ini dengan mencentang kotak yang sesuai, sebelum pergi ke rumah sakit. Setelah tiba di rumah sakit, serahkan formulir ini ke loket pendaftaran pasien.

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、受付窓口へ提出して下さい。

## Pertanyaan yang Diajukan di Loket Pendaftaran Pasien

受付窓口での必要事項

(1)	Nama	:	
	名前		
(2)	Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
	性別		男                      女
(3)	Tanggal Lahir	:	Tahun      Bulan      Tanggal
	生年月日		年              月              日
(4)	Usia	:	
	年齢		
(5)	Kewarganegaraan	:	
	国籍		
(6)	Alamat	:	
	住所		
(7)	Nomor Telepon	:	
	電話番号		
(8)	Kontak		
	連絡先		
	Nama Perusahaan	:	
	企業名		
	Penanggung Jawab	:	
	担当者名		
	Nomor Telepon	:	
	電話番号		

(9)	Bagian apa yang Anda kunjungi? 何科を受診しますか。	<input type="checkbox"/> Penyakit Dalam 内科	<input type="checkbox"/> Bedah 外科	<input type="checkbox"/> Ortopedi 整形外科
		<input type="checkbox"/> Mata 眼科	<input type="checkbox"/> Telinga, Hidung, dan Tenggorokan 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> Gigi 歯科
		<input type="checkbox"/> Saluran Kencing 泌尿器科	<input type="checkbox"/> Kebidanan dan Kandungan 産婦人科	<input type="checkbox"/> Kulit 皮膚科
		<input type="checkbox"/> Psikosomatik dan Psikiatri 心療内科・精神科	<input type="checkbox"/> Tidak tahu わかりません	<input type="checkbox"/> Instalasi Gawat Darurat 救急外来
		<input type="checkbox"/> Lainnya その他		
(10)	Kapan Anda tiba di Jepang? いつ日本に来ましたか。	Tahun 年	Bulan 月	Tanggal 日
(11)	Apakah Anda dapat berbahasa Jepang? 日本語は話せますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ya はい	Hanya tingkat dasar. 簡単な日本語は分かります。	Tidak いいえ	
(12)	Biaya Medis 医療費について	<input type="checkbox"/>	(                      )	
	Saya memiliki asuransi kesehatan. 健康保険に加入しています。	Nomor Asuransi Kesehatan 健康保険証番号		
	<input type="checkbox"/>	Karena tidak diasuransikan, saya akan membayar sendiri biayanya. 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"/>	Karena mengalami kecelakaan kerja, saya akan mengurus klaim asuransi kompensasi kecelakaan pekerja. 労災事故であり、労災保険の申請をします。		

## Pertanyaan Tambahan tentang Kondisi Fisik Anda 補助問診票

### I Riwayat Keluarga 家族歴について

Jika ada anggota keluarga Anda termasuk yang sudah meninggal yang mengidap penyakit berikut, lingkari dengan .  
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 Riwayat Medis 既往症について

- (1) Pernahkah Anda mengidap penyakit berikut?  Ya  Tidak  
今まで病気にかかったことはありますか。 はい いいえ

Jika Ya, centang pilihan yang sesuai.  
「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"/> Penyakit pernafasan<br>呼吸器の病気    | <input type="checkbox"/> Penyakit organ pencernaan<br>消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> Tekanan darah tinggi<br>高血圧症     | <input type="checkbox"/> Penyakit jantung<br>心臓の病気           |
| <input type="checkbox"/> Penyakit organ kencing<br>泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> Penyakit kandungan<br>婦人科の病気        |
| <input type="checkbox"/> Penyakit infeksi<br>感染症          | <input type="checkbox"/> Penyakit alergi<br>アレルギー疾患          |
| <input type="checkbox"/> Penyakit mental<br>心の病気          |  |

Jika lainnya, harap sebutkan nama penyakitnya: ( )  
その他あれば、記入して下さい。

- (2) Apakah Anda minum obat secara rutin?  Ya  Tidak  
現在、定期的に飲んでいる薬がありますか。 ある ない

Jika Ya, centang pilihan yang sesuai.  
「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"/> Obat penyakit pernafasan<br>呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> Obat penyakit organ pencernaan<br>消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> Obat tekanan darah tinggi<br>高血圧の治療薬 | <input type="checkbox"/> Obat penyakit jantung<br>心臓病の治療薬           |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obat tidur<br>睡眠薬                                | <input type="checkbox"/> Obat penenang<br>精神安定剤 |
| <input type="checkbox"/> Obat yang dibawa dari negara saya.<br>母国から持ってきた。 | <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他         |

Sebutkan nama obat jika Anda mengetahuinya. ( )  
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

- (3) Pernahkah Anda mengalami ruam pada kulit atau menjadi tidak enak badan setelah minum obat atau disuntik?  
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。
- Ya  Tidak  
ある ない

Jika Ya, centang pilihan yang sesuai.  
「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"/> Obat-obatan golongan pirina (turunan pirazonol)<br>ピリン系の薬 | <input type="checkbox"/> Antibiotik<br>抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> Anestetik<br>麻酔薬  | <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他     |

Sebutkan nama obat jika Anda mengetahuinya. ( )  
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

### III Alkohol dan Tembakau 酒またはタバコについて

- (1) Apakah Anda minum alkohol?  
お酒を飲みますか。
- Ya  Tidak  
はい いいえ

Jika Ya, isilah ruang kosong yang tersedia.  
「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

Berapa banyak yang Anda konsumsi sekali minum?

- 1 回に飲む量は、主に
1. \_\_\_ botol bir 2. \_\_\_ ml sake  
ビール \_\_\_本 日本酒 \_\_\_ml
3. \_\_\_ ml shochu (jenis arak)  
焼酎 \_\_\_ml
4. Lainnya ( )  
その他

- (2) Apakah Anda merokok?  
たばこを吸っていますか。
- Ya ( \_\_\_ batang/hari)  Tidak  
はい (一日に約 \_\_\_本) いいえ

IV Mengapa Anda datang ke rumah sakit?

どうしたのですか。

- Karena merasa tidak sehat.  Karena cedera.  Karena ditemukannya keabnormalan dalam hasil pemeriksaan kesehatan.

体の調子が悪いので、来ました。ケガをしたので、来ました。健康診断で異常がみつかりましたので、来ました。

(1) Kondisi umum

体全体の症状

- Demam; Suhu badan \_\_\_\_ °C.  
熱があります。熱が \_\_\_\_ 度あります。
- Kelelahan yang tidak kunjung hilang.  
疲れがとれない。
- Badan lesu.  
体がだるいのです。
- Mudah terserang flu/selesma.  
風邪をひきやすいです。
- Terasa pusing.  
めまいがします。
- Sulit tidur dan bangun terlalu pagi.  
寝つきが悪かったり、朝早く目が覚めたりします。
- Merasa murung dan tertekan.  
気持ちが落ち込み、ゆううつです。
- Tidak dapat menikmati apa yang saya nikmati sebelumnya.  
今まで楽しめていたことが楽しめません。
- Lainnya  
その他

(2) Gejala tersebut sudah berlangsung selama \_\_\_\_ hari.

症状は、 \_\_\_\_ 日前からです。

V Ada yang tidak normal dengan bagian tubuh yang dicentang di bawah ini.

√印を付けた体の部位に異常があります。

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Kepala/Wajah<br>頭・顔                   | <input type="checkbox"/> 2. Mata<br>目  | <input type="checkbox"/> 3. Telinga<br>耳              | <input type="checkbox"/> 4. Hidung<br>鼻 |
| <input type="checkbox"/> 5. Mulut<br>口                            | <input type="checkbox"/> 6. Gigi<br>歯  | <input type="checkbox"/> 7. Tenggorokan<br>のど         |   |
| <input type="checkbox"/> 8. Leher/Bahu<br>首・肩                     | <input type="checkbox"/> 9. Dada<br>胸  | <input type="checkbox"/> 10. Lambung<br>胃             |   |
| <input type="checkbox"/> 11. Perut<br>腹                           | <input type="checkbox"/> 12. Anus/Organ Kencing/Organ Reproduksi<br>肛門・泌尿器・生殖器 | <input type="checkbox"/> 13. Punggung/Pinggang<br>背・腰 |   |
| <input type="checkbox"/> 14. Tangan/Lengan/Kaki/Sendi<br>手・腕・足・関節 | <input type="checkbox"/> 15. Kulit<br>皮膚                                       |   |   |

VI Apakah Anda merasa sakit di bagian yang dicentang pada V?

Vで√印を付けた部位に、痛みがありますか。

- Ya  Tidak  
痛みがあります。痛みはありません。

Jika Ya, isilah ruang kosong yang tersedia.

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

Sakit mulai terasa \_\_\_\_ hari atau \_\_\_\_ jam lalu.

その痛みは、 \_\_\_\_ 日前又は \_\_\_\_ 時間前から始まりました。

VII 1. Kepala/Wajah

頭/顔

Kepala

頭

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sakit pada permukaan.<br>表面が痛みます。                    | <input type="checkbox"/> Sakit pada bagian dalam.<br>内部が痛みます。            |
| <input type="checkbox"/> Sakit sebagian.<br>部分的に痛みます。                         | <input type="checkbox"/> Sakit berdenyut-denyut.<br>ズキンズキンします。           |
| <input type="checkbox"/> Nyeri tumpul yang terus-menerus.<br>ジーンとした痛みがあります。   | <input type="checkbox"/> Terasa nyeri seolah terhimpit.<br>しめつけるように痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Terasa berat.<br>重く感じます。                             | <input type="checkbox"/> Terasa pusing.<br>くらくなります。                      |
| <input type="checkbox"/> Serasa melayang dan tidak jernih.<br>ぼおっとしてすっきりしません。 | <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                                  |

Wajah

顔

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terasa panas.<br>ほてります。 | <input type="checkbox"/> Sembap.<br>むくんでいます。 |
| <input type="checkbox"/> Berkedut.<br>ピクピク痙攣します。 | <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他      |

2. Mata

目

- Seperti kemasukan benda asing di mata (kanan/kiri).  
(右・左)に異物感があります。
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mata (kanan/kiri) terasa sakit.<br>(右・左)が痛みます。 | <input type="checkbox"/> Mata (kanan/kiri) terasa gatal.<br>(右・左)がかゆい。 |
| <input type="checkbox"/> Mudah lelah.<br>疲れやすい。                         |  |
| <input type="checkbox"/> Mata (kanan/kiri) merah.<br>(右・左)が充血しています。     |  |
| <input type="checkbox"/> Menjadi sulit untuk melihat.<br>見えにくくなってきました。  | <input type="checkbox"/> Penglihatan ganda.<br>ものが二重に見えます。             |
| <input type="checkbox"/> Penglihatan buram.<br>かすみます。                   | <input type="checkbox"/> Terasa kering.<br>かわきます。                      |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                                 |  |

3. Telinga

耳

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sulit mendengar.<br>聞き取りにくいです。                    | <input type="checkbox"/> Telinga (kanan/kiri) berdenging.<br>耳鳴りがします。(右・左) |
| <input type="checkbox"/> Telinga (kanan/kiri) terasa sakit.<br>(右・左)が痛みます。 | <input type="checkbox"/> Telinga (kanan/kiri) bernanah.<br>耳だれが出ます。(右・左)   |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                                    |  |

Bila relevan, serahkan lembar ini dengan mencentang kotak yang sesuai.  
(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. Hidung

鼻

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beringus.<br>鼻水が出ます。 | <input type="checkbox"/> Tersumbat.<br>鼻がつまります。                    |
| <input type="checkbox"/> Mimisan.<br>鼻血が出ます。  | <input type="checkbox"/> Terasa gatal di bagian dalam.<br>鼻の中がかゆい。 |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他       |  |

5. Mulut

口

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mudah kering.<br>乾きます。             | <input type="checkbox"/> Terasa sakit pada pipi.<br>ほほが痛い。 |
| <input type="checkbox"/> Terasa sakit pada lidah..<br>舌が痛い。 | <input type="checkbox"/> Sariawan.<br>口内炎が来ています。           |
| <input type="checkbox"/> Nafas berbau.<br>口臭がします。           | <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                    |

6. Gigi

歯

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gigi terasa sakit.<br>歯が痛い。   |  |
| <input type="checkbox"/> Terasa ngilu bila memasukkan sesuatu yang dingin ke mulut.<br>冷たいものがしみます。 |  |
| <input type="checkbox"/> Gusi terasa nyeri.<br>歯ぐきが痛い。   | <input type="checkbox"/> Gusi bengkak.<br>歯ぐきがはれています。          |
| <input type="checkbox"/> Gusi berdarah.<br>歯ぐきから出血します。   | <input type="checkbox"/> Tambalan gigi lepas.<br>歯の詰めものがとれました。 |
| <input type="checkbox"/> Gigi patah.<br>歯が欠けました。   | <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                        |
| <input type="checkbox"/> Saya hanya perlu pengobatan sementara.<br>応急措置だけで下さい。                     |  |

7. Tenggorokan

のど

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terasa sakit.<br>痛みます。        | <input type="checkbox"/> Terasa sakit bila menelan.<br>ものを飲み込むときに痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Terasa meradang.<br>いがらっぽいです。 | <input type="checkbox"/> Terasa tersumbat.<br>何か詰まっている感じがします。          |
| <input type="checkbox"/> Suara serak.<br>声がかすれます。      | <input type="checkbox"/> Batuk-batuk.<br>せきが出ます。                       |
| <input type="checkbox"/> Berdahak.<br>痰が出ます。           | <input type="checkbox"/> Dahak berdarah.<br>血痰が出ます。                    |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                |  |

Bila relevan, serahkan lembar ini dengan mencentang kotak yang sesuai.  
(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。)

8. Leher/Bahu

首・肩

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leher terasa sakit.<br>首が痛い。                              | <input type="checkbox"/> Tidak dapat menoleh/memutar leher.<br>首が回らない・曲がらない。       |
| <input type="checkbox"/> Leher terkilir saat tidur.<br>寝違えました。                     | <input type="checkbox"/> Bagian belakang leher terasa pegal dan kaku.<br>首の後がこります。 |
| <input type="checkbox"/> Mengalami cedera lecet (whiplash injury).<br>むち打ち症になりました。 | <input type="checkbox"/> Bahu terasa pegal dan kaku.<br>肩がこります。                    |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他  |  |

9. Dada

胸

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dada terasa nyeri.<br>痛みます。        | <input type="checkbox"/> Jantung berdebar kencang.<br>動悸がします。               |
| <input type="checkbox"/> Dada serasa tertekan.<br>圧迫感があります。 | <input type="checkbox"/> Sulit bernafas.<br>息がしにくいです。                       |
| <input type="checkbox"/> Mual.<br>吐き気がします。                  | <input type="checkbox"/> Rasa terbakar dalam lambung dan tekak.<br>胸やけがします。 |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                     |   |

10. Lambung

胃

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terasa nyeri tumpul.<br>鈍い痛みがあります。      | <input type="checkbox"/> Terasa nyeri yang menusuk.<br>刺すように痛みます。     |
| <input type="checkbox"/> Terasa berat.<br>重い感じがします。              | <input type="checkbox"/> Timbul nyeri saat perut kosong.<br>空腹時に痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Terasa sakit setelah makan.<br>食後に痛みます。 | <input type="checkbox"/> Mual.<br>吐き気がします。                            |
| <input type="checkbox"/> Muntah.<br>吐きました。                       | <input type="checkbox"/> Tidak ada nafsu makan.<br>食欲がない。             |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                          |   |

11. Perut

腹

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perut bawah (seluruhnya/kanan/kiri) terasa sakit.<br>(全体・右・左)下腹部が痛い。 | <input type="checkbox"/> Terasa nyeri yang sangat.<br>ひどく痛みます。                  |
| <input type="checkbox"/> Bagian sisi perut (kanan/kiri) terasa sakit.<br>(右・左)脇腹が痛い。          | <input type="checkbox"/> Perut terasa nyeri dan mual.<br>お腹が痛くて吐き気もします。         |
| <input type="checkbox"/> Terasa nyeri tumpul.<br>鈍い痛みがあります。                                   | <input type="checkbox"/> Perut kembung.<br>お腹がはります。                             |
| <input type="checkbox"/> Seluruh perut terasa melilit.<br>腹部全体が絞められるように痛みます。                  | <input type="checkbox"/> Perut berbunyi.<br>お腹がゴロゴロします。                         |
| <input type="checkbox"/> Diare berat. [___ kali sehari]<br>ひどい下痢です。一日___回。                    | <input type="checkbox"/> Sembelit. Satu kali dalam ___ hari.<br>便秘です。___日に1回です。 |
| <input type="checkbox"/> Diare ringan.<br>軽い下痢です。   |   |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他   |   |

12. Anus/Organ Kencing/Organ Reproduksi

肛門・泌尿・生殖器

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ada wasir.<br>痔があります。                      | <input type="checkbox"/> Anus terasa gatal.<br>肛門がかゆいです。            |
| <input type="checkbox"/> Tinja bercampur darah.<br>便に血が混じります。       | <input type="checkbox"/> Sangat sering kencing.<br>尿が近いです。          |
| <input type="checkbox"/> Merasa sakit bila kencing.<br>排尿するときに痛みます。 | <input type="checkbox"/> Air kencing bercampur darah.<br>血尿が出ました。   |
| <input type="checkbox"/> Alat kelamin berdarah.<br>性器から出血します。       | <input type="checkbox"/> Ada keputihan.<br>おりものがあります。               |
| <input type="checkbox"/> Terasa sakit saat haid.<br>生理痛があります。       | <input type="checkbox"/> Haid tidak teratur.<br>生理が不順です。            |
| <input type="checkbox"/> Haid berhenti.<br>生理がとまりました。               | <input type="checkbox"/> Alat kelamin terasa gatal.<br>陰部にかゆみがあります。 |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                             |   |

13. Punggung/Pinggang

背・腰

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Punggung terasa nyeri.<br>背中が痛みます。     | <input type="checkbox"/> Punggung bawah terasa nyeri.<br>腰が痛みます。              |
| <input type="checkbox"/> Punggung bawah terasa lemas.<br>腰がだるい。 | <input type="checkbox"/> Terasa sakit saat menggerakkan badan.<br>体を動かすときに痛い。 |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                         |   |

14. Tangan/Lengan/Kaki/Sendi

手・腕・足・関節

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (Tangan/Kaki) terasa sakit.<br>(手・足)が痛みます。                                  | <input type="checkbox"/> Tangan/Kaki mati rasa.<br>(手・足)がしびれています。      |
| <input type="checkbox"/> Tangan/Kaki kram.<br>足がつります。  | <input type="checkbox"/> Tangan dan kaki terasa dingin.<br>手足が冷たく感じます。 |
| <input type="checkbox"/> Kaki bengkak.<br>足がむくんでいます。   | <input type="checkbox"/> Tangan/Kaki/Jari terkilir.<br>手・足・指をくじきました。   |
| <input type="checkbox"/> Tidak dapat menekuk sendi/Sulit untuk meregang sendi.<br>関節が曲がりません・伸びにくいです。 | <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他                                |

15. Kulit

皮膚

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gatal-gatal.<br>かゆいです。   | <input type="checkbox"/> Sakit.<br>痛いです。                   |
| <input type="checkbox"/> Ada bisul.<br>おできができました。 | <input type="checkbox"/> Timbul bintil-bintil.<br>発疹が出ました。 |
| <input type="checkbox"/> Lainnya<br>その他           |  |