

For Foreign Technical Interns

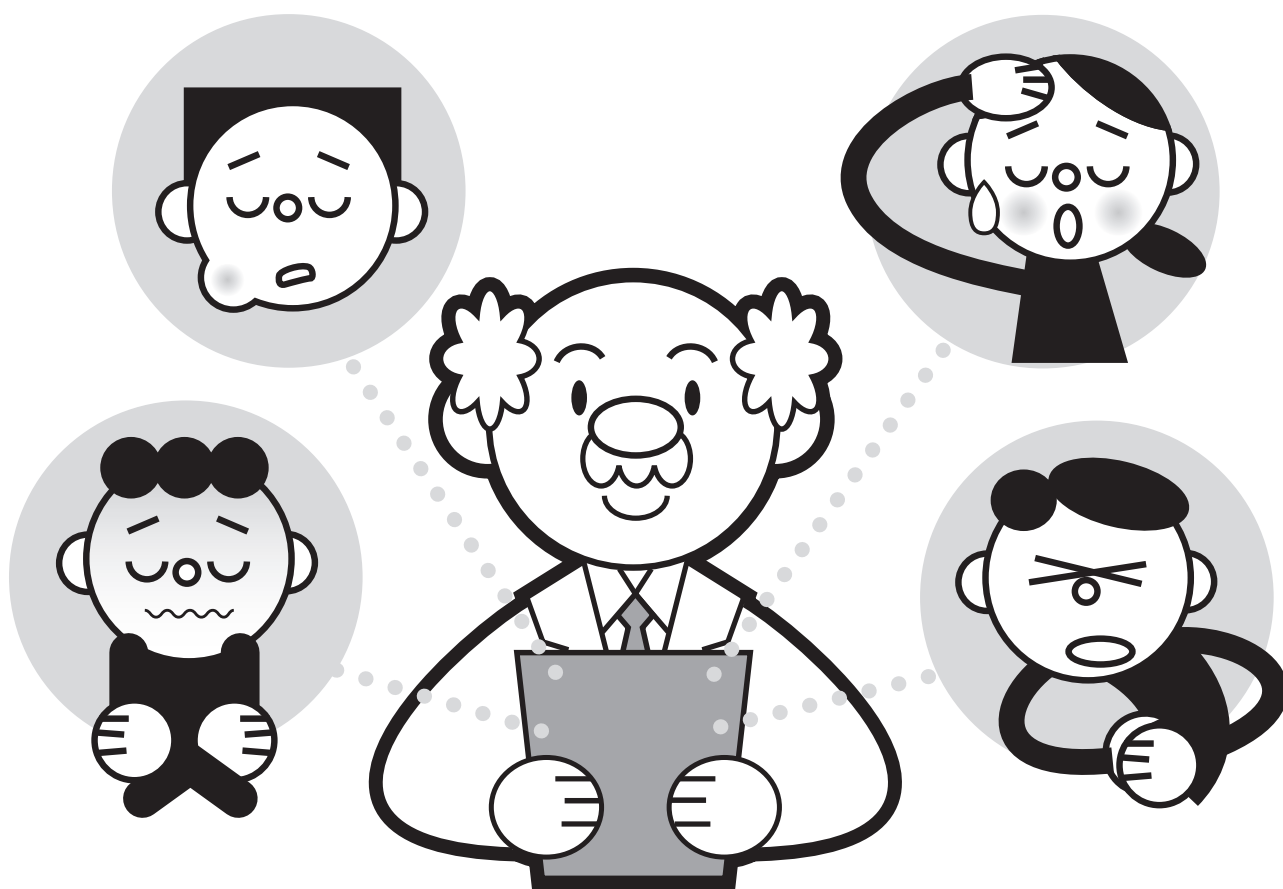
外国人技能実習生のための

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



Japan International Trainee & Skilled Worker Cooperation Organization

JITCO

(For Foreign Technical Interns)
(外国人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

☐ Internal Medicine

内科

☐ Surgery

外科

☐ Orthopedics

整形外科

☐ Ophthalmology

眼科

☐ Otolaryngology

耳鼻咽喉科

☐ Dentistry

歯科

☐ Urology

泌尿器科

☐ Obstetrics and Gynecology

産婦人科

☐ Dermatology

皮膚科

☐ Psychosomatic Internal Medicine and Psychiatry

心療内科・精神科

☐ Emergency Outpatient

救急外来

☐ Other

その他

☐ Don't know

わかりません

(10) When did you come to Japan?

いつ日本に来ましたか

Year

年

Month

月

Day

日

(11) Do you speak Japanese?

日本語は話せますか

☐

Yes

はい

☐

Basic only

簡単な日本語は分かります。

☐

No

いいえ

(12) Medical Expenses

医療費について

☐

I am insured of health insurance.

健康保険に加入しています。

()

Health Insurance Number

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ないので、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。

Date of Entry:
記入日

Year
年

Month
月

Day
日

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○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、√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、√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 |

☐ Sleeping pill

睡眠薬

☐ Tranquilizer

精神安定剤

☐ Medicine brought from my country

母国から持ってきた

☐ 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

ある

☐ No

ない

If Yes, tick the appropriate one.

「ある」と答えた場合、該当するものに、✓印を付けて下さい。

☐ Pyrine medicines

ピリン系の薬

☐ Antibiotics

抗生物質

☐ Anesthetic

麻酔薬

☐ 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

はい

☐ No

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)

はい (一日に約 ____ 本)

☐ No

いいえ

IV Why did you come to the hospital?

どうしたのですか

☐

Because I am not well.

体の調子が悪いので、来ました。

☐

Because I am injured.

ケガをしたので、来ました。

☐

Because abnormality was found by the health check.

健康診断で異常がみつかりましたので、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

頭・顔

☐ 2. Eye(s)

目

☐ 3. Ear(s)

耳

☐ 4. Nose

鼻

☐ 5. Mouth

口

☐ 6. Tooth(Teeth)

歯

☐ 7. Throat

のど

☐ 8. Neck/Shoulder(s)

首・肩

☐ 9. Chest

胸

☐ 10. Stomach

胃

☐ 11. Abdomen

腹

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

肛門・泌尿器・生殖器

☐ 13. Back/Waist

背・腰

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

手・腕・足・関節

☐ 15. Skin

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

痛みがあります。

☐ No

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

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

Face

顔

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> My face is glowing.
ほてります | <input type="checkbox"/> My face is swollen.
むくんでいます |
| <input type="checkbox"/> My face twitches.
ピクピク痙攣します | <input type="checkbox"/> Other
その他 |

2. Eye (s)

目

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

3. Ear (s)

耳

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

4. Nose

鼻

☐ I have a running nose.

鼻水が出ます

☐ My nose bleeds.

鼻血が出ます

☐ Other

その他

☐ My nose is stuffy.

鼻がつまります

☐ I feel itchy in my nose.

鼻の中がかゆい

5. Mouth

口

☐ My mouth becomes dry easily.

乾きます

☐ My tongue hurts.

舌が痛い

☐ I have a bad breath.

口臭がします

☐ I have a pain in my cheek (s).

ほほが痛い

☐ I have stomatitis.

口内炎が出来ています

☐ Other

その他

6. Tooth (Teeth)

歯

☐ I have a toothache.

歯が痛い

☐ I feel a smarting pain when I put something cold in my mouth.

冷たいものがしみます

☐ I have a pain in my gums.

歯ぐきが痛い

☐ My gums bleed.

歯ぐきから出血します

☐ My tooth is chipped.

歯が欠けました

☐ I require only a temporary measure.

応急措置だけして下さい

☐ My gums are swollen.

歯ぐきがはれています

☐ A filling came out from my tooth.

歯の詰めものがとれました

☐ Other

その他

7. Throat

のど

☐ My throat is painful.

痛みます

☐ I have an irritated throat.

いがらっぽいのです

☐ My voice has gotten hoarse.

声がかすれます

☐ I bring up sputum.

痰が出ます

☐ Other

その他

☐ I feel pain when I swallow.

ものを飲み込むときに痛みます

☐ My throat feels blocked.

何か詰まっている感じがします

☐ I cough.

せきが出ます

☐ I bring up bloody sputum.

血痰が出ます

8. Neck/Shoulder (s)

首・肩

☐ I feel a pain at my neck.

首が痛い

☐ I cannot turn/bend my neck.

首が回らない・曲がらない

☐ I strained my neck while sleeping.

寝違えました

☐ I feel stiffness at the back of the neck.

首の後ろがこります

☐ I have whiplash.

むち打ち症になりました

☐ I have stiff shoulders.

肩がこります

☐ Other

その他

9. Chest

胸

☐ I have a pain.

痛みます

☐ My heart beats hard.

動悸がします

☐ I feel pressure in the chest.

圧迫感があります

☐ I feel hard to breathe.

息がしにくいです

☐ I have nausea.

吐き気がします

☐ I have heartburn.

胸やけがします

☐ Other

その他

10. Stomach

胃

☐ I have a dull pain.

鈍い痛みがあります

☐ I have a stinging pain.

刺すように痛みます

☐ I feel heaviness.

重い感じがします

☐ My stomach hurts when I am hungry.

空腹時に痛みます

☐ My stomach hurts after a meal.

食後に痛みます

☐ I have nausea.

吐き気がします

☐ I vomited.

吐きました

☐ I have no appetite.

食欲がない

☐ Other

その他

11. Abdomen

腹

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

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

肛門・泌尿・生殖器

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

13. Back/Waist

背・腰

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> I have a pain in my back.
背中が痛みます | <input type="checkbox"/> I have a pain in my lower back.
腰が痛みます |
| <input type="checkbox"/> I feel weary in my lower back.
腰がだるい | <input type="checkbox"/> I feel pain when I move my body.
体を動かすときに痛い |
| <input type="checkbox"/> 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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I feel itchy.
かゆいです | <input type="checkbox"/> I feel ache.
痛いです |
| <input type="checkbox"/> I have a boil
おできができました | <input type="checkbox"/> I have eruptions
発疹が出ました |
| <input type="checkbox"/> Other
その他 | |

JITCO