

Untuk Trainee dan Trainee Praktek Kerja Asing

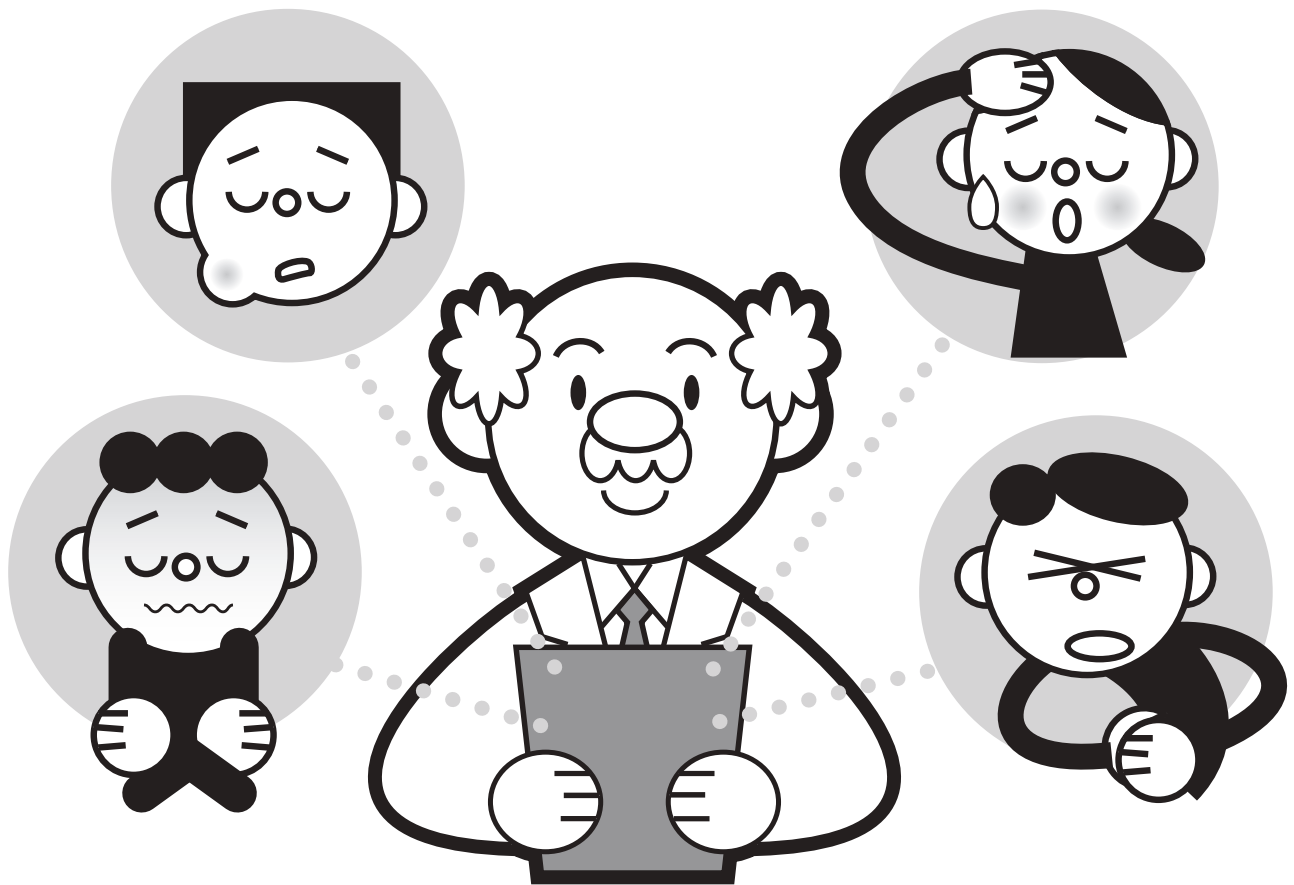
外国人研修生・技能実習生のための

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



(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:
記入日

Tahun
年

Bulan
月

Tanggal
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、受付窓口に提出して下さい。

Pertanyaan yang Diajukan di Loket Pendaftaran Pasien

受付窓口での必要事項

(1)	Nama 名前	:				
(2)	Jenis Kelamin 性別	:	<input type="checkbox"/>	Pria 男	<input type="checkbox"/>	Wanita 女
(3)	Tanggal Lahir 生年月日	:		Tahun 年	Bulan 月	Tanggal 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"/> Instalasi Gawat Darurat 救急外来
		<input type="checkbox"/> Lainnya その他	<input type="checkbox"/> Tidak tahu わかりません	

(10)	Kapan Anda tiba di Jepang? いつ日本にきましたか。	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
呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> Penyakit organ pencernaan
消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> Tekanan darah tinggi
高血圧症 | <input type="checkbox"/> Penyakit jantung
心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Penyakit organ kencing
泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> Penyakit kandungan
婦人科の病気 |
| <input type="checkbox"/> Penyakit infeksi
感染症 | <input type="checkbox"/> Penyakit alergi
アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> Penyakit mental
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
呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> Obat penyakit organ pencernaan
消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> Obat tekanan darah tinggi
高血圧の治療薬 | <input type="checkbox"/> Obat penyakit jantung
心臓病の治療薬 |

☐ Obat tidur

睡眠薬

☐ Obat penenang

精神安定剤

☐ Obat yang dibawa dari negara saya.

母国から持ってきた。

☐ Lainnya

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

ある

☐ Tidak

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。

☐ Obat-obatan golongan pirina (turunan pirazolon)

ピリン系の薬

☐ Antibiotik

抗生物質

☐ Anestetik

麻酔薬

☐ Lainnya

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

はい

☐ Tidak

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

ビール ____ 本

2. ____ ml sake

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)

はい (一日に約 ____ 本)

☐ Tidak

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。

- ☐ 1. Kepala/Wajah

頭・顔

- ☐ 2. Mata

目

- ☐ 3. Telinga

耳

- ☐ 4. Hidung

鼻

- ☐ 5. Mulut

口

- ☐ 6. Gigi

歯

- ☐ 7. Tenggorokan

のど

- ☐ 8. Leher/Bahu

首・肩

- ☐ 9. Dada

胸

- ☐ 10. Lambung

胃

- ☐ 11. Perut

腹

- ☐ 12. Anus/Organ Kencing/Organ Reproduksi

肛門・泌尿器・生殖器

- ☐ 13. Punggung/Pinggang

背・腰

- ☐ 14. Tangan/Lengan/Kaki/Sendi

手・腕・足・関節

- ☐ 15. Kulit

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

痛みがあります。

- ☐ Tidak

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

☐ Sakit pada permukaan.

表面が痛みます。

☐ Sakit sebagian.

部分的に痛みます。

☐ Nyeri tumpul yang terus-menerus.

ジーンとした痛みがあります。

☐ Terasa berat.

重く感じます。

☐ Serasa melayang dan tidak jernih.

ぼおっとしてすっきりしません。

☐ Sakit pada bagian dalam.

内部が痛みます。

☐ Sakit berdenyut-denyut.

ズキンズキンします。

☐ Terasa nyeri seolah terhimpit.

しめつけるように痛みます。

☐ Terasa pusing.

くらくらします。

☐ Lainnya

その他

Wajah

顔

☐ Terasa panas.

ほてります。

☐ Berkedut.

ピクピク痙攣します。

☐ Sembap.

むくんでいます。

☐ Lainnya

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。

☐ Mata (kanan/kiri) terasa sakit.

(右・左)が痛みます。

☐ Mudah lelah.

疲れやすい。

☐ Mata (kanan/kiri) merah.

(右・左)が充血しています。

☐ Menjadi sulit untuk melihat.

見えにくくなってきました。

☐ Penglihatan buram.

かすみます。

☐ Lainnya

その他

☐ Mata (kanan/kiri) terasa gatal.

(右・左)がかゆい。

☐ Penglihatan ganda.

ものが二重に見えます。

☐ Terasa kering.

かわきます。

3. Telinga

耳

☐ Sulit mendengar.

聞き取りにくいです。

☐ Telinga (kanan/kiri) terasa sakit.

(右・左)が痛みます。

☐ Lainnya

その他

☐ Telinga (kanan/kiri) berdenging.

耳鳴りがします。(右・左)

☐ Telinga (kanan/kiri) bernanah.

耳だれが出ます。(右・左)

4. Hidung

鼻

☐ Beringus.

鼻水が出ます。

☐ Mimisan.

鼻血が出ます。

☐ Lainnya

その他

☐ Tersumbat.

鼻がつまります。

☐ Terasa gatal di bagian dalam.

鼻の中がかゆい。

5. Mulut

口

☐ Mudah kering.

乾きます。

☐ Terasa sakit pada lidah..

舌が痛い。

☐ Nafas berbau.

口臭がします。

☐ Terasa sakit pada pipi.

ほほが痛い。

☐ Sariawan.

口内炎が出来ています。

☐ Lainnya

その他

6. Gigi

歯

☐ Gigi terasa sakit.

歯が痛い。

☐ Terasa ngilu bila memasukkan sesuatu yang dingin ke mulut.

冷たいものがしみます。

☐ Gusi terasa nyeri.

歯ぐきが痛い。

☐ Gusi berdarah.

歯ぐきから出血します。

☐ Gigi patah.

歯が欠けました。

☐ Saya hanya perlu pengobatan sementara.

応急措置だけして下さい。

☐ Gusi bengkak.

歯ぐきがはれています。

☐ Tambalan gigi lepas.

歯の詰めものがとれました。

☐ Lainnya

その他

7. Tenggorokan

のど

☐ Terasa sakit.

痛みます。

☐ Terasa meradang.

いがらっぽいのです。

☐ Suara serak.

声がかすれます。

☐ Berdahak.

痰が出ます。

☐ Lainnya

その他

☐ Terasa sakit bila menelan.

ものを飲み込むときに痛みます。

☐ Terasa tersumbat.

何か詰まっている感じがします。

☐ Batuk-batuk.

せきが出ます。

☐ Dahak berdarah.

血痰が出ます。

8. Leher/Bahu

首・肩

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

9. Dada

胸

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

10. Lambung

胃

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

11. Perut

腹

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

12. Anus/Organ Kencing/Organ Reproduksi

肛門・泌尿・生殖器

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

13. Punggung/Pinggang

背・腰

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

14. Tangan/Lengan/Kaki/Sendi

手・腕・足・関節

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

15. Kulit

皮膚

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

JITCO