

※ この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。
英語

MEDICAL QUESTIONNAIRE 問診票

Date: / /

Name(名前)		Name of accompanying person (同行者)	Relationship (本人との関係)
Address (住所)			
Sex(性別)	<input type="checkbox"/> Male (男) <input type="checkbox"/> Female (女)	Date of birth (生年月日)	
Phone number(電話番号)		Emergency contact number (救急時の連絡先)	
Who recommended you to come to this place? 相談理由 (受診理由) <input type="checkbox"/> Yourself(自分から) <input type="checkbox"/> Your family/friends(家族、知人にすすめられて) <input type="checkbox"/> Others(その他) ()			
What symptoms do you have? 現在どのような症状がありますか?			
<input type="checkbox"/> Headache(頭痛)	<input type="checkbox"/> Dizziness(めまい)	<input type="checkbox"/> Nausea(吐き気)	
<input type="checkbox"/> Convulsion(ひきつけ)	<input type="checkbox"/> Loss of consciousness(気を失った)	<input type="checkbox"/> Difficulty remembering routine things (物忘れがある)	
<input type="checkbox"/> Feel irritable(いらいらする)	<input type="checkbox"/> Feel worried 不安になる	<input type="checkbox"/> Sadness(悲しい)	
<input type="checkbox"/> Verbally abusive (暴言を言う)	<input type="checkbox"/> Difficulty thinking clearly (考えがまとまらない)	<input type="checkbox"/> Lack of appetite (食欲がない)	
<input type="checkbox"/> Lack of sexual desire (性欲がない)	<input type="checkbox"/> Lack of energy (元気がない)	<input type="checkbox"/> Feel heavy(気が重い)	
<input type="checkbox"/> Feel depressed (気分が落ち込む)	<input type="checkbox"/> Feel unmotivated (何もする気がしない)	<input type="checkbox"/> Stiff shoulders (肩こり)	
<input type="checkbox"/> Fainting (たちくらみがある)	<input type="checkbox"/> Ringing in the ears (耳鳴りがする)	<input type="checkbox"/> Discomfort (不快感がある)	
<input type="checkbox"/> Difficulty using words (思うようにしゃべれない)	<input type="checkbox"/> Feel as if others look at you weirdly (自分のことを人が変な目で見る)	<input type="checkbox"/> Feeling as if something around you has changed (何となく周囲が変わったよう に感じる)	
<input type="checkbox"/> Being excited (興奮している)	<input type="checkbox"/> Being aggressive (乱暴になった)	<input type="checkbox"/> Being in a manic state (躁状態が続く)	
<input type="checkbox"/> Overly talkative (しゃべりすぎる)	<input type="checkbox"/> Insomnia (眠れない)	<input type="checkbox"/> Awaken during the night (途中で目が覚める)	
<input type="checkbox"/> Unable to get good sleep (ぐっすり寝た気がしない)	<input type="checkbox"/> Awaken too early in the morning (早く目が 覚める)	<input type="checkbox"/> Having nightmares (bad dreams) (怖い夢をみる)	

※ この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

英語

Others(その他)

When did the symptoms above occurred? その症状はいつから始まりましたか?

() years ago 年前 () months ago か月前 () week(s) ago 週間前

() days ago 日前 () hours ago 時間前

Have you ever received treatment or consultation since symptoms appeared?

そのことで相談や治療を受けられたことがありますか?

No(いいえ) Yes(はい)

Where was it? Where did you receive treatment? どこで相談、治療を受けましたか?

()

Have you had any treatments for diseases below?

今までに怪我や病気で治療を受けたことがありますか?

High Blood Pressure (高血圧) Heart disease (心臓病) Diabetes (糖尿病)

Liver disease (肝臓病) Tuberculosis (結核) Injury caused by an accident (事故)

C V A (stroke) (脳卒中) Others (その他) ()

Are you currently taking medication? 現在服用している薬はありますか?

No(いいえ) Yes(はい)

Name of medicine (それは何ですか?) ()

Is there anybody who are missing, deceased or serious injured due to this disaster?

今回の災害によって周りに不明・死亡・重傷者が出ていますか?

No(いいえ) Yes(はい)

Who do you know they are? それは誰ですか?

Are you allergic to any food or medication? 薬や食べ物のアレルギーはありますか?

No(ない) Yes(ある)

What are you allergic to? それは何ですか? ()

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

What kind of alcohol do you drink? 飲んでいるお酒はなんですか?

SAKE (日本酒) shochu(焼酎) Beer (ビール) Whisky (ウイスキー)

Others(その他)

How much do you drink per day? 飲んでいる量はどのくらいですか?

()glass/day · week · month · year () 杯/日 · 週 · 月 · 年

※ この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。
英語

Do you smoke? たばこは吸いますか? <input type="checkbox"/> No(吸わない) <input type="checkbox"/> Yes(吸う) How many cigarettes do you smoke per day? 1日何本吸いますか? () /day	
Do you have concerns for your welfare? 経済面で心配なことはありますか? <input type="checkbox"/> No(いいえ) <input type="checkbox"/> Yes(はい)	
What is your last educational background? 最終学歴 <input type="checkbox"/> Elementary school(小学校) <input type="checkbox"/> Junior High School (中学校) <input type="checkbox"/> High School(高校) <input type="checkbox"/> College (短大) <input type="checkbox"/> University (大学) <input type="checkbox"/> graduate school (大学院) <input type="checkbox"/> Vocational school(専門学校)	<input type="checkbox"/> Graduate (卒業) <input type="checkbox"/> in school (在学中) <input type="checkbox"/> Quit/dropout(中退)

To women; 女性の方にお尋ねします。 About your menstrual period (female only). 生理について <input type="checkbox"/> Regular (順調) <input type="checkbox"/> Irregular (不順) <input type="checkbox"/> Not started yet (初経前) <input type="checkbox"/> Menopause (閉経後)

Where do you live? 居住状況 <input type="checkbox"/> your house 自宅 <input type="checkbox"/> evacuation center 避難所 <input type="checkbox"/> temporary housing 仮設住宅 <input type="checkbox"/> 一次避難 <input type="checkbox"/> friend/relative's house 友人・親戚の家 <input type="checkbox"/> others () その他
Please describe your severe symptoms, anxiety, concerns, etc. without hesitation. 今、つらい症状または不安や悩みはなんですか? 自由に書いてください。

- 多言語で「こころの症状に関する問診」「放射線の被ばくに関する問診票」を公開しています。
- 多言語医療問診システムも無料で公開中 Web モバイル (スマートフォン) で使えます。