

Medical questionnaire 問診票

A. Injury けが	けが
<input type="checkbox"/> Falling ころんだ	<input type="checkbox"/> Cut 切った
<input type="checkbox"/> Burn やけど	<input type="checkbox"/> Stuck 刺さった
<input type="checkbox"/> Hit strong 打った	
<input type="checkbox"/> Falling from the high place 落ちた	
<input type="checkbox"/> Accident 事故	<input type="checkbox"/> Others その他
<input type="checkbox"/> Car 車	
<input type="checkbox"/> Bicycle 自転車	
<input type="checkbox"/> Other その他	
B. Sudden illness 病気	
<input type="checkbox"/> Pain 痛い	
<input type="checkbox"/> Continuous pain ずっと	
<input type="checkbox"/> Dull pain 鈍い	
<input type="checkbox"/> Stabbing pain 刺すよう	
<input type="checkbox"/> Intermittent pain 時々	
<input type="checkbox"/> Constricting pain 締付ける	
<input type="checkbox"/> Painful when moving 動かすと	
<input type="checkbox"/> Bleeding 出血	
<input type="checkbox"/> Much 沢山 <input type="checkbox"/> Middle 中くらい	
<input type="checkbox"/> A little 少し	
<input type="checkbox"/> Vomiting 吐いた	
<input type="checkbox"/> Foods 食べ物 <input type="checkbox"/> Blood 血	
<input type="checkbox"/> Others その他	

Medical questionnaire 問診票

<input type="checkbox"/> Diarrhea 下痢	
<input type="checkbox"/> Not bloody 血は混じっていない	
<input type="checkbox"/> Bloody 血が混じっている	
<input type="checkbox"/> Colour 色	
<input type="checkbox"/> Red 赤	
<input type="checkbox"/> Brown 茶	
<input type="checkbox"/> Black 黒	
<input type="checkbox"/> Others その他	
<input type="checkbox"/> Palsy しびれる	
<input type="checkbox"/> Apasm けいれん	
<input type="checkbox"/> Nausea 気分が悪い	
<input type="checkbox"/> Fever 熱がある	
<input type="checkbox"/> Palpitation どきどきする	
<input type="checkbox"/> Something drank 何か飲んだ	
<input type="checkbox"/> Vertigo/dizziness めまい	
<input type="checkbox"/> Short of breath 息が苦しい	
<input type="checkbox"/> Others その他	
<input type="checkbox"/> Since when いつから	
<input type="checkbox"/> Today 今日	
<input type="checkbox"/> What is at around today 今日の何時ごろ at around	
<input type="checkbox"/> Yesterday 昨日 <input type="checkbox"/> Others その他	
<input type="checkbox"/> Few days ago 数日前	



Personal medical information

Englisy ⇔ 日本語

Please fill, at your own risk. When you need help with illness or injury, please show this sheet to the doctor or emergency personnel. Please fill in consultation with the attending physician well about medications that are taking, pre-existing conditions, allergy. Please note. Handling of this sheet is the responsibility of you. This sheet is a sheet that was created for the initial medical support of disabled people of words in emergency-disaster. There is a representation different interpretations medical treatment on. Please use at your own risk.

ご自身の責任で、ご記入ください。
病気やけがで助けが必要な時、このシートを医者か救急隊員に見せてください。既往症・アレルギー・飲んでいる薬等は主治医とよくご相談の上ご記入ください。このシートの取扱は、十分ご注意ください。

本シートは、救急・災害時に言葉の不自由な方の初期医療支援のために作成されたシートです。医療治療上異なる表現解釈があります。利用者の責任でご使用ください。



Name	名前
Address	住所
Contact name and home number 連絡先電話番号	
<input type="checkbox"/> Family doctor 家族医	
<input type="checkbox"/> No. ノム	<input type="checkbox"/> Yes レバ
Name and home number 姓名・電話番号	
■ Nationality 国籍	
■ Insurance 保険	
<input type="checkbox"/> National Health Insurance 国民健康保険	
<input type="checkbox"/> Social insurance 社会保険	
<input type="checkbox"/> National Health Insurance 国民健康保険	
<input type="checkbox"/> Foods 食べ物	
<input type="checkbox"/> Egg 卵	<input type="checkbox"/> Fruit 果物
<input type="checkbox"/> Buckwheat 麦わら	<input type="checkbox"/> Soybean 大豆
<input type="checkbox"/> Peasant 農業生	<input type="checkbox"/> Rice 糙米
<input type="checkbox"/> Shrimp 蝦夷	<input type="checkbox"/> Macarel 鮭
<input type="checkbox"/> Crab カニ	<input type="checkbox"/> Wheat 小麦
<input type="checkbox"/> Anti-biotic 抗生物質	
<input type="checkbox"/> Chinese medicine 中華医療	
<input type="checkbox"/> Immuno-suppressant 免疫抑制剤(アレルギー等)	
<input type="checkbox"/> Chinese herbal medicine 中国草本薬	
<input type="checkbox"/> Antibiotic 抗生物質	
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal medicine 胃腸薬	
<input type="checkbox"/> Antidiarrheal drug 液便止瀉薬	
<input type="checkbox"/> Anti-allergic drug 抗アレルギー薬	
<input type="checkbox"/> Anti-cancer drugs 癌細胞薬	
<input type="checkbox"/> Asthma medication 哮息の薬	
<input type="checkbox"/> Milk products 牛乳製品	
<input type="checkbox"/> Cereals 穀物	
<input type="checkbox"/> Shrimps 蝦夷	
<input type="checkbox"/> Peasant 農業生	
<input type="checkbox"/> Egg 卵	
<input type="checkbox"/> Buckwheat 麦わら	
<input type="checkbox"/> Chinese medicine 中華医療	
<input type="checkbox"/> Immuno-suppressant 免疫抑制剤(アレルギー等)	
<input type="checkbox"/> Chinese herbal medicine 中国草本薬	
<input type="checkbox"/> Antibiotic 抗生物質	
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal medicine 胃腸薬	
<input type="checkbox"/> Antidiarrheal drug 液便止瀉薬	
<input type="checkbox"/> Anti-allergic drug 抗アレルギー薬	
<input type="checkbox"/> Hormone preparations 荷爾蒙類	
<input type="checkbox"/> Drugs for hypertension 高血圧薬	
<input type="checkbox"/> Medicine for hyperthyroidism 肥胖症薬	
<input type="checkbox"/> Drugs for hypothyroidism 喪弱症薬	
<input type="checkbox"/> Contrast agent 錠影剤	
<input type="checkbox"/> Antibiotic 抗生物質	
<input type="checkbox"/> Hormone preparation 荷爾蒙類	
<input type="checkbox"/> Anti-coagulant drug 血栓溶解薬	
<input type="checkbox"/> Antiplatelet agent 血小板凝集抑制薬	
<input type="checkbox"/> Hypoglycemic agents 低血糖薬	
<input type="checkbox"/> Medicaments 薬	
<input type="checkbox"/> Do not know 調べない	<input type="checkbox"/> Yes もう
<input type="checkbox"/> Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
□ In the period 生理中	
□ Females only 女性	
□ Males only 男性	
□ Do not know 調べない	
□ Allergy アレルギー	
Personal medical information 个人情報	
Date of birth / years old 生年月日/年齢	
Females only 女性	<input type="checkbox"/> Female 女性
Males only 男性	<input type="checkbox"/> Male 男性
In the period 生理中	<input type="checkbox"/> In pregnancy 妊娠中
Months of pregnancy 妊娠月数	
3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9	
Do not know 調べない	
Body weight 体重	
■ Structure body 体格	
□ Do not know 調べない	
□ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7	