

1 What happened to you? どうしました?

Injury

けが Illness

病気

Injury

けが

falling

ころんだ

accident

car

車

burn

火傷

事故

bicycle

自転車

cut

切った

other

その他

hit strong

強く打った

stuck

物がささった

falling from the high place

高い所から落ちた

other

その他

Illness

病気

pain

痛み

continuous pain

ずっと痛い

stabbing pain

刺すように痛い

constricting pain

締付けるように痛い

dull pain

鈍い痛み

intermittent pain

ときどき痛い

painful when moving

動かすと痛い

bleeding

血が出た

much

たくさん

middle

中くらい

a little

すこし

vomiting

吐いた

foods

食べ物

blood

血

others

その他

diarrhoea

下痢

bloody

血が混じっている

not bloody

血は混じっていない

colour

色

red

赤

black

黒

brown

茶

nausea

気分が悪い

気分が悪い

spasm

けいれん

palpitation

どきどきする

vertigo/dizziness

めまい

short of breath

息が苦しい

something drank

何か飲み込んだ

palsy

しびれる

しびれる

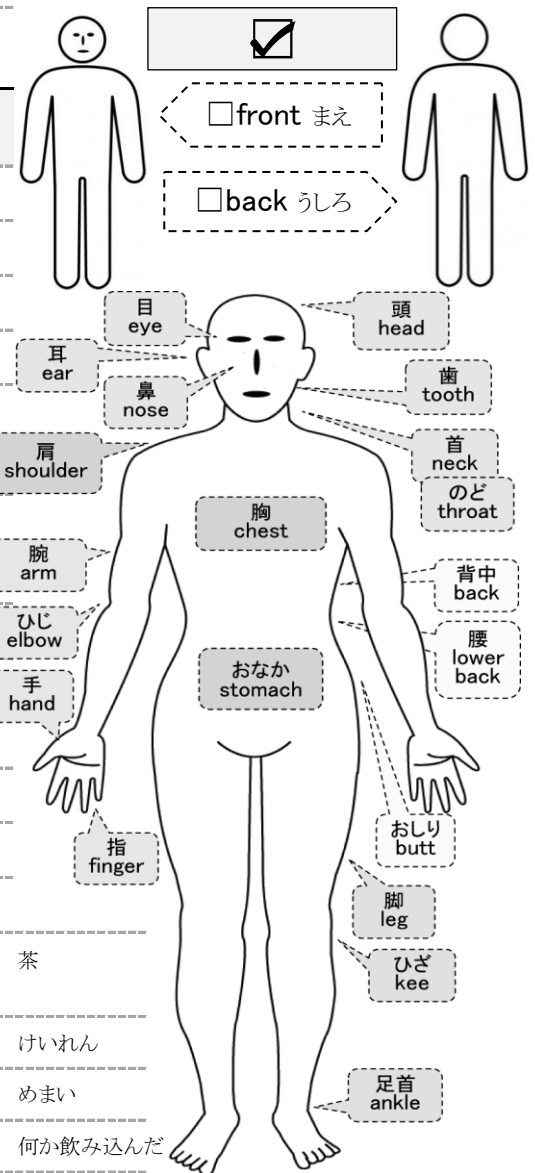
others

その他

fever

熱がある

熱がある



■ From time

いつから

today (at around

) 今日

other

その他

yesterday

昨日

few days ago

数日前

■救急隊員用 Emergency personnel dedicated

■We are going to do これからすること

- | | | | | |
|---|---|---------|--|------|
| 2 | <input type="checkbox"/> tracheal intubation | 気管内挿管 | <input type="checkbox"/> hemostasis | 止血 |
| | <input type="checkbox"/> oxygen inhalation | 酸素を吸います | <input type="checkbox"/> drip infusion | 点滴 |
| | <input type="checkbox"/> artificial respiration | 人工呼吸 | <input type="checkbox"/> immobilization(of fracture) | 固定 |
| | <input type="checkbox"/> cardiac massage | 心臓マッサージ | <input type="checkbox"/> treatment of wound | 傷の処置 |

3 Since we find the hospital that accepts you, we are going to transport you to the hospital.
行く病院が決まりました。

4 One more person can ride on the ambulance with the patient.
もうひとり救急車に乗ることができます。

5 The person who can explain the condition of the patient can ride on the ambulance, please.
説明できる人が乗ってください。

■救急隊員所見 Emergency personnel findings

■バイタル情報他 Vital information and other

呼吸 Respiration	<input type="checkbox"/> ある yes	<input type="checkbox"/> ない no	<input type="checkbox"/> その他 others
意識 Consciousness	<input type="checkbox"/> ある yes	<input type="checkbox"/> ない no	<input type="checkbox"/> その他 others
血圧 Blood pressure	トリアージ Triage <input type="checkbox"/> 黒0 <input type="checkbox"/> 赤 I <input type="checkbox"/> 黄 II <input type="checkbox"/> 緑 III		
脈拍 Pulse	その他 Others		
体温 Body temperature			

担当・所轄名

■Disclaimers 免責事項

This emergency interview sheet is a sheet that has been created for emergency medical assistance. We advice of each institution and we have created, but there is a medical treatment on a different representation interpretation. In addition, for each language translation, you may be different representations interpreted by the country or region. In this connection, we do not assume any liability for each different translation, mistranslation of expression, representation content and translation of this sheet.

本救急問診シートは、救急医療支援のために作成されたシートです。各機関の助言をいただき作成していますが、医療治療上異なる表現解釈があります。また、各言語翻訳については、国または地域により表現解釈が異なることがあります。このことに関し、本シートの表現・表記内容・翻訳の異訳・誤訳につき責任を一切負いません。

■ Previous illness 既往症		<input type="checkbox"/> no	ない	<input type="checkbox"/> yes(write)	ある
<input type="checkbox"/> hypertension	高血圧	<input type="checkbox"/> liver disease	肝臓病	<input type="checkbox"/> brain disease	脳疾患
<input type="checkbox"/> diabetes	糖尿病	<input type="checkbox"/> heart disease	心臓病	<input type="checkbox"/> cancer	がん
<input type="checkbox"/> asthma	ぜんそく	<input type="checkbox"/> others	その他		
■ Experience of transfusion 輸血の経験		<input type="checkbox"/> no	ない	<input type="checkbox"/> yes(write)	ある
■ Experience of surgery 手術の経験		<input type="checkbox"/> no	ない	<input type="checkbox"/> yes(write)	ある
■ Allergy アレルギー		<input type="checkbox"/> no	ない	<input type="checkbox"/> yes(write)	ある
<input type="checkbox"/> medicaments	薬	<input type="checkbox"/> Non-steroidal anti-inflammatory drug	非ステロイド抗炎症剤		
		<input type="checkbox"/> Pyrine medicine	ピリン系	<input type="checkbox"/> Hormones	ホルモン剤
		<input type="checkbox"/> Contrast agent	造影剤	<input type="checkbox"/> Antibiotic	抗生剤
		<input type="checkbox"/> Others	その他		
<input type="checkbox"/> foods	食べ物	<input type="checkbox"/> Egg	玉	<input type="checkbox"/> Mackerel	サバ
		<input type="checkbox"/> Shrimp	えび	<input type="checkbox"/> Buckwheat	そば
		<input type="checkbox"/> Crab	かに	<input type="checkbox"/> Milk products	乳製品
		<input type="checkbox"/> Wheat	小麦	<input type="checkbox"/> Soybean	大豆
		<input type="checkbox"/> Peanut	落花生	<input type="checkbox"/> Fruit	果物
		<input type="checkbox"/> Rice	米	<input type="checkbox"/> Others	その他
<input type="checkbox"/> others	その他				
■ Drug you are taking 飲んでる薬		<input type="checkbox"/> no	ない	<input type="checkbox"/> yes(write)	ある
<input type="checkbox"/> Antihypertensive	降圧剤(高血圧の薬)	<input type="checkbox"/> Antibiotic	抗生物質		
<input type="checkbox"/> Hypoglycemic agent	血糖降下剤(糖尿病の薬)	<input type="checkbox"/> Anti-cancer drug	抗がん剤		
<input type="checkbox"/> Antiplatelet agent	抗血小板薬(血液をさらさらにする薬)	<input type="checkbox"/> Asthma medication	喘息の薬		
<input type="checkbox"/> Anticoagulant drug	抗凝固薬(血液をさらさらにする薬)	<input type="checkbox"/> Anti-allergic drug	抗アレルギー薬		
<input type="checkbox"/> Drugs for hyperlipidemia	高脂血症の薬	<input type="checkbox"/> Antidiarrheal	下痢止め薬		
<input type="checkbox"/> Medicine hyperuricemia	高尿酸血症の薬	<input type="checkbox"/> Analgesic	痛み止め		
<input type="checkbox"/> Hormone preparation	ホルモン製剤	<input type="checkbox"/> Contraceptive	避妊薬		
<input type="checkbox"/> Anti-arrhythmic drug	抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> Diuretics	利尿剤		
<input type="checkbox"/> Antiepileptic drug	抗てんかん薬	<input type="checkbox"/> Hypnotic	眠り薬		
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal medicine	胃薬	<input type="checkbox"/> Vitamin pills	ビタミン剤		
<input type="checkbox"/> Immunosuppressant	免疫抑制剤(ステロイド等)	<input type="checkbox"/> Others	その他		
<input type="checkbox"/> Chinese herbal medicine	漢方薬				
<input type="checkbox"/> Antipsychotic	抗精神病薬				
■ Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male 男性	<input type="checkbox"/> Female 女性		■ Years old 年齢	■ Body weight 体重
					■ Stature body 身長
■ Blood type 血液型	<input type="checkbox"/> Do not know 解らない	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> O
		<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -		
■ Family doctor/hospital かかりつけ医/病院		<input type="checkbox"/> no	ない	<input type="checkbox"/> yes(write)	ある
■ Females only 女性のみ		<input type="checkbox"/> In pregnancy	妊娠中	<input type="checkbox"/> In the period	生理中
Months of pregnancy	妊娠月	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> last month of pregnancy

全身		Whole body			
頭	head	胸	chest	性器	genitalia
首	neck	乳房	breast, mamma	そけい部	inguinal region
うなじ	nape	乳首	nipple	脚(下肢全体)	lower limb
肩	shoulder	みぞうち	pit of the stomach	もも	thigh
腕(上肢)	upper limb	腹	abdomen	膝	knee
上腕	upper arm	わき腹	loin	膝頭	patella
前腕	forearm	へそ	navel	脚(膝から下)	lower leg
ひじ	elbow	背中	back	ふくろはぎ	calf
手首	wrist	腰	lumbar region	すね	crus
わきの下	axilla	尻	hip		

顔		手		足	
Face		Hand		Foot	
目	eye	親指	thumb	足首	ankle
鼻	nose	人さし指	forefinger, index	つま先	tip-toe
口	mouth	中指	middle finger	足ゆび	toe
唇	lips	薬指	third finger	足の甲	dorsum of foot
歯	tooth	小指	little finger	足の裏	sole of foot
舌	tongue	手の甲	back of the hand	かかと	heel
耳	ear	爪	finger nail		
あご	jaw	手のひら	palm		

内臓など		Inner parts			
骨	bone	肺	lung	肝臓	liver
筋(筋肉)	muscle	食道	esophagus	腎臓	kidney
血管	blood vessel	胃	stomach	膀胱	bladder
脳	brain	小腸	small intestine	尿道	urethra
心臓	heart	大腸	large intestine	子宮	uterus
気管	trachea	肛門	anus	膣	vagina

検査		Examinations	
体温	body temperature	心電図	electrocardiography (ECG)
脈拍	pulse	超音波検査	echography, sonography
血圧	blood pressure	コンピューター断層撮影(CT)	computerized tomography (CT)
尿検査	urine test	磁気共鳴断層検査(MRI)	magnetic resonance imaging (MRI)
血液検査	blood test	内視鏡検査	endoscope
X線検査	radiography	カテーテル検査	catheterization

診療科目		Department	
内科	internal medicine	産婦人科	gynecology, obstetrics
外科	surgery	泌尿器科	urology
整形外科	orthopedics	脳神経外科	brain surgery
眼科	ophthalmology	精神科(神経科)	psychiatrics
耳鼻咽喉科	otorhinolaryngology	麻酔科	anesthesiology
皮膚科	dermatology	放射線科	radiology
形成外科	plastic surgery	歯科	dentistry
小児科	pediatrics	口腔外科	oral surgery

Emergency questionnaire

Note

Please fill in the responsibility of the patient himself

患者ご自身の責任で、記入してください。

If the patient him/herself is unable to fill. The Attendant/third party is not to be held responsible to fill.

患者本人が記入できない場合、代理人が記入しても責任を問いません。

Please fill out your symptoms.

必要なところにチェックをしてください。



We are going to check your body condition and transport you to the hospital.

これから、体の状態を確認して、病院に行きます。

■ Language of choice is

選んだ言語は、

audible

聞き取れる

can speak

話せる

can read

読める

can write

書ける

not write and read

読み書きできない

■ Understanding of Japanese

日本語の理解は、

good

できる

poor

少し

no

できない

Next page. Below, Please write after the interview sheet

次のページへ。以下は問診シート記入後お書きください。

■ Who is the registrant ?

この問診シート記入者は？

Please fill in the range to understand

解る範囲を記入ください。

Himself writes

本人

Family

家族

Friend

友人

Delegate

代理人(付添者)

Others

その他

Guardian name

保護者名

Name of Patient

患者名

Nationality

国籍

Address

ご住所

Date of birth/years old

生年月日/年齢

years old

Contact name and phone number

連絡先電話

Home 自宅

Family 家族

Place of employment

勤務先

Others その他

phone number/

Place of employment

勤務先名

Insurance

保険

I have ある

I do not have

ない

National Health Insurance 国民健康保険

Social Insurance 社会保険

Others () その他

Without your insurance card, you'll have to pay for the treatment yourself.