

緊急問卷調查

■請寫出你的答案以適用於你的情況的項目每個問題或點

必要なところにチェックをしてください。



■我們會安排救護車或醫院與你的症狀

症状により、病院または救急車を手配します。

■籍語言的選擇是什麼

選んだげんごは、

聽得見
聞き取れる

可以說
話せる

可以閱讀
読める

可寫
書ける

不寫和讀
読み書きできない

■日文的理解

日本語の理解は、

會講
できる

會一點
すこし

不會
できない

■誰是登錄

請填寫可以理解的範圍

この問診シート記入者は？

解る範囲を記入ください。

自己写

本人

家長/家庭

両親/家族

朋友

友人

代理人

代理人(付添者)

其他

その他

監護人姓名

保護者名

■患者的資料

患者様情報

姓名

お名前

國籍

国 籍

地址

ご住所

年齡 (出生年月日)

生年月日

電話號碼

連絡先電話番号

主頁 自宅

家長 家族

工作地點

勤務先

其他 その他

就業的名

勤務先名

保險卡

保險

我有 ある

不具備 ない

國民健康保險

国民健康保険

社會保險

社会保険

其他 (

) その他

如果没有你的保險卡，你就必須支付自己的治療

フリースペース

發生什麼事情了

どうされました？

■ 受傷

けが

- 跌倒 ころんだ
- 刺傷 物が刺さった
- 被暴打 強く打った
- 燒傷 火傷
- 割傷 切った
- 從高處跌 高いところから落ちた
- 其他 その他

- 事故 事故
- 汽車 車
- 單車 自転車
- 其他 その他

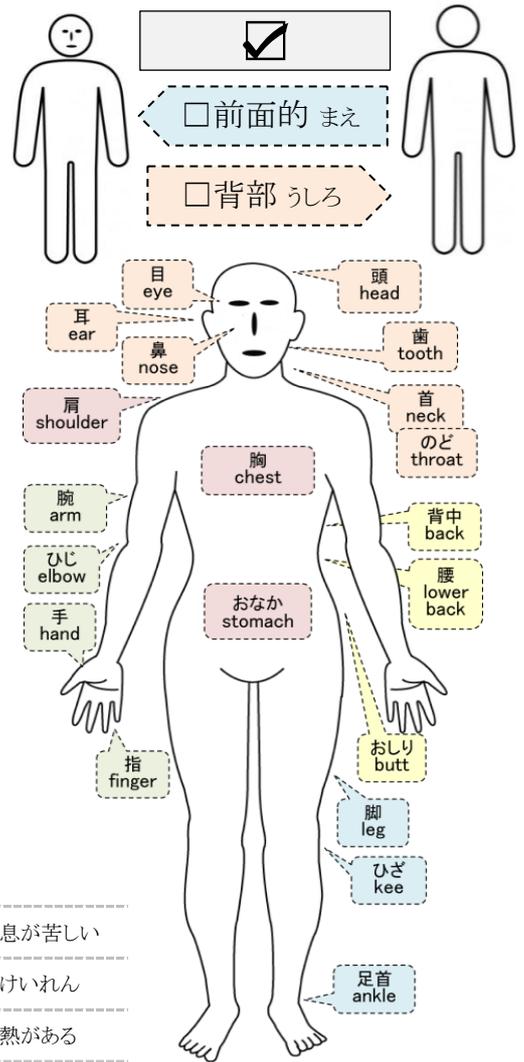
■ 疾病

病気

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 疼痛
痛み | <input type="checkbox"/> 持續疼痛
ずっと痛い | <input type="checkbox"/> 針刺樣痛
刺すように痛い |
| | <input type="checkbox"/> 壓縮樣痛
締付けるように痛い | <input type="checkbox"/> 鈍痛
にぶい痛み |
| | <input type="checkbox"/> 陣痛
ときどき痛い | <input type="checkbox"/> 一動就痛
動かすと痛い |
| <input type="checkbox"/> 出血
血が出た | <input type="checkbox"/> 多
たくさん | <input type="checkbox"/> 適中
少し |
| | <input type="checkbox"/> 一般
少し | |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐
吐いた | <input type="checkbox"/> 食物
食べ物 | <input type="checkbox"/> 血液
血 |
| | <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |
| <input type="checkbox"/> 腹瀉
下痢 | <input type="checkbox"/> 血便
血が混じっている | <input type="checkbox"/> 無血便
血は混じっていない |

- 顔色 色
 紅 赤
 黑 黒
 棕 茶

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 噁心
気分が悪い | <input type="checkbox"/> 喘不過氣
息が苦しい |
| <input type="checkbox"/> 心悸
どきどきする | <input type="checkbox"/> 痙攣
けいれん |
| <input type="checkbox"/> 暈眩
めまいがする | <input type="checkbox"/> 發燒
熱がある |
| <input type="checkbox"/> 麻木
しびれる | <input type="checkbox"/> 其他
その他 |
| <input type="checkbox"/> 吞食
何か飲んだ | |



■ 從什麼時候開始

何時から

- 今天 今日 (在大约 時頃ごろ) 其他 その他
- 昨天 昨日
- 前几天 数日前

■请了解的范围内继续进行

解る範囲で記入ください

■既往病史

既往症

没有 ない 有 ある

- | | | | | | |
|------------------------------|------|------------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | 高血圧 | <input type="checkbox"/> 肝病 | 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腦病 | 脳疾患 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臟病 | 心臓病 | <input type="checkbox"/> 癌症 | がん |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | ぜんそく | <input type="checkbox"/> 其他 | その他 | | |

■輸血的經驗

輸血經驗

没有 ない 有 ある

■手術經驗

手術經驗

没有 ない 有 ある

■過敏症

アレルギー

没有 ない 有 ある

- | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 藥物 | <input type="checkbox"/> 非甾體類抗炎藥 | 非ステロイド抗炎症剤 | <input type="checkbox"/> 激素製劑 | ホルモン剤 |
| 薬 | <input type="checkbox"/> 吡唑啉酮藥 | ピリン系 | <input type="checkbox"/> 抗生素 | 抗生剤 |
| | <input type="checkbox"/> 造影劑 | 造影剤 | | |
| | <input type="checkbox"/> 其他 | その他 | | |
| <input type="checkbox"/> 食物 | <input type="checkbox"/> 雞蛋 | 卵 | <input type="checkbox"/> 鯖魚 | サバ |
| 食べ物 | <input type="checkbox"/> 蝦 | えび | <input type="checkbox"/> 蕎麥 | そば |
| | <input type="checkbox"/> 蟹 | かに | <input type="checkbox"/> 黃豆 | 大豆 |
| | <input type="checkbox"/> 其他 | その他 | <input type="checkbox"/> 花生 | 落花生 |
| | | | <input type="checkbox"/> 小麦 | 小麦 |
| | | | <input type="checkbox"/> 水 | 果物 |
| | | | <input type="checkbox"/> 米 | 米 |
| | | | <input type="checkbox"/> 奶製品 | 乳製品 |
| <input type="checkbox"/> 其他 | その他 | | | |

■現服藥物

服用薬

没有 ない 有 ある

- | | | | |
|----------------------------------|---------------|---------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 不知道 | 良く解らない | <input type="checkbox"/> 抗精神病藥物 | 抗精神病薬 |
| <input type="checkbox"/> 抗高血壓藥 | 降圧剤(高血圧の薬) | <input type="checkbox"/> 抗生素 | 抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> 降糖藥 | 血糖降下剤(糖尿病の薬) | <input type="checkbox"/> 抗癌藥物 | 抗がん剤 |
| <input type="checkbox"/> 抗血小板藥物 | 抗血小板薬 | <input type="checkbox"/> 哮喘藥物 | 喘息の薬 |
| <input type="checkbox"/> 抗凝血藥物 | 抗凝固薬 | <input type="checkbox"/> 抗過敏的藥物 | 抗アレルギー薬 |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症的藥物 | 高脂血症の薬 | <input type="checkbox"/> 止瀉藥 | 下痢止め薬 |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症藥 | 高尿酸血症の薬 | <input type="checkbox"/> 鎮痛藥 | 痛み止め(鎮痛剤) |
| <input type="checkbox"/> 激素製劑 | ホルモン製剤 | <input type="checkbox"/> 避孕的 | 避妊薬 |
| <input type="checkbox"/> 抗心律失常藥物 | 抗不整脈薬 | <input type="checkbox"/> 利尿劑 | 利尿剤 |
| <input type="checkbox"/> 抗癲癇藥 | 抗てんかん薬 | <input type="checkbox"/> 催眠藥 | 眠り薬 |
| <input type="checkbox"/> 腸胃藥 | 胃薬 | <input type="checkbox"/> 維他命丸 | ビタミン剤 |
| <input type="checkbox"/> 抗過敏的藥物 | 免疫抑制剤(ステロイド等) | <input type="checkbox"/> 其他 | その他 |
| <input type="checkbox"/> 中國草藥 | 漢方薬 | | |

■性	性別	■年齡	年齢	■体重	体重	■高低	身長
<input type="checkbox"/> 男人	男性	<input type="checkbox"/> 女人	女性				
■血型	血液型						
<input type="checkbox"/> 不知道	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"/> -
■家庭醫生	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 没有	ない	<input type="checkbox"/> 有	ある		
■限女性	女の	<input type="checkbox"/> 懷孕中	妊娠中	<input type="checkbox"/> 生理中	生理中		
<input type="checkbox"/> 懷孕一個月	妊娠中	<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"/> 上個月懷孕	予定日			

■ホテルスタッフ

酒店員工

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 我們將联系医院 请稍候 | 病院に連絡します。少しお待ちください。 |
| <input type="checkbox"/> 我们会去医院 | 病院に行きます。 |
| <input type="checkbox"/> 我们会安排救护车 | 救急車を手配します。 |

■医師/救急隊員

医生/急救人員

- | | | | |
|-------------------------------|---------|----------------------------------|------|
| ■我們要採取以下措施 | | 下記の治療を行います。 | |
| <input type="checkbox"/> 氣管插管 | 気管内挿管 | <input type="checkbox"/> 止血 | 止血 |
| <input type="checkbox"/> 吸氧 | 酸素を吸います | <input type="checkbox"/> 打点滴 | 点滴 |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸 | 人口呼吸 | <input type="checkbox"/> 固定（骨折等） | 固定 |
| <input type="checkbox"/> 心臟按摩 | 心臓マッサージ | <input type="checkbox"/> 傷口處理 | 傷の処置 |

■救急隊員

應急處理人員只

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 已確認可接受你的醫院,現在要送你過去. | 受け入れ病院が決まったので、これから搬送します。 |
| <input type="checkbox"/> 除了患者,救護車還可以有一人同乘. | 救急車には患者さんのほかに、もう一人いっしょに乗ることができます。 |
| <input type="checkbox"/> 請能夠說明患者情況的人上車. | 説明できる人が乗ってください。 |

■医師/救急隊員所見

医生/應急處理人員只

■バイタル情報他			重要信息和其他
呼吸 呼吸的	<input type="checkbox"/> ある 有	<input type="checkbox"/> ない 沒有	<input type="checkbox"/> その他 其他
意識	<input type="checkbox"/> ある 有	<input type="checkbox"/> ない 沒有	<input type="checkbox"/> その他 其他
血压 血壓	トリアージ		<input type="checkbox"/> 黒0 <input type="checkbox"/> 赤 I <input type="checkbox"/> 黄 II <input type="checkbox"/> 緑 III
脈拍 脈衝	検傷分類		
体温 體溫	その他		
●病院名/救急本部名/連絡先			

■免責聲明 免責事項

這種形式的創建提供幫助的人，在遇到緊急情況時的語言障礙和/或聽覺障礙。對於每一種語言的翻譯，有不同的表述解釋的國家或地區。

我們不承擔不同的翻譯，表達的誤譯，表示內容和翻譯該片的任何責任。

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。

■ 医療用語集

日本語⇔中国繁体語（繁體中文）

全身		全身			
頭	頭	胸	胸	性器	性器
首	頸	乳房	乳房	そけい部	鼠蹊部
うなじ	後頸	乳首	乳頭	脚(下肢全体)	下肢
肩	肩	みぞうち	胸口	もも	大腿
腕(上肢)	上肢	腹	腹	膝	膝
上腕	上臂	わき腹	側腹	膝頭	膝蓋骨
前腕	前臂	へそ	肚臍	脚(膝から下)	膝以下部分
ひじ	肘	背中	背	ふくろはぎ	小腿肚
手首	手腕	腰	腰	すね	脛部
わきの下	腋下	尻	臀		

顔	面部	手	手	足	腳
目	目	親指	拇指	足首	腳踝
鼻	鼻	人さし指	食指	つま先	腳尖
口	口	中指	中指	足ゆび	腳趾
唇	唇	薬指	無名指	足の甲	腳背
歯	齒	小指	小指	足の裏	腳掌
舌	舌	手の甲	手背	かかと	腳后跟
耳	耳	爪	手指甲		
あご	下顎	手のひら	手掌		

内臓など		内臓等			
骨	骨	肺	肺	肝臓	肝臟
筋(筋肉)	肌肉	食道	食道	腎臓	腎臟
血管	血管	胃	胃	膀胱	膀胱
脳	腦	小腸	小腸	尿道	尿道
心臓	心臟	大腸	大腸	子宮	子宮
気管	氣管	肛門	肛門	陰	陰道

検査		検査	
体温	体温	心電図	心電圖
脈拍	脈搏	超音波検査	超音波検査
血圧	血圧	コンピューター断層撮影(CT)	電腦断層掃描 (CT)
尿検査	尿検査	磁気共鳴断層検査(MRI)	核磁共振攝影 (MRI)
血液検査	血液検査	内視鏡検査	内視鏡検査
X線検査	X線検査	カテーテル検査	插管検査

診療科目		診療科目	
内科	内科	産婦人科	婦産科
外科	外科	泌尿器科	泌尿科
整形外科	骨科	脳神経外科	腦神經外科
眼科	眼科	精神科(神経科)	精神科(神經科)
耳鼻咽喉科	耳鼻喉科	麻酔科	麻醉科
皮膚科	皮膚科	放射線科	放射線科
形成外科	重建整形外科	歯科	牙科
小児科	小兒科	口腔外科	口腔外科