

NEUROSURGERY

脳神経外科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前 Male 男 Female 女
Date of birth: 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

Address 住所 Phone 電話

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?
 No 無 Yes 有

Nationality 国籍 Language 言葉

What is wrong with you? どうしましたか

- headache 頭痛 dizziness めまい nausea 吐き気 vomiting 嘔吐
 tinnitus 耳鳴り stiff shoulders 肩こり numbness しびれ tremor 手足のふるえ
 unconsciousness 意識がなくなる difficulty in hearing 聞こえにくい
 difficulty in seeing 物が見えにくい difficulty in walking 歩きにくい
 difficulty in limb movement 手足の動きが悪い others その他

* How long have you had problems? それはいつごろからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Have you ever bumped your head? 頭をぶつけましたか

No いいえ Yes はい → _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

* What part of your head? どこをぶつけましたか

front 前頭部 back 後頭部 right side 右横 left side 左横

* Was it by a traffic accident? 交通事故ですか No いいえ Yes はい

A person with a headache is required to answer the following questions. 頭痛のある方はお答えください

* How did it start? どのように始まりましたか suddenly 突然 gradually 徐々に

* Where is the pain? どこが痛みますか front 前頭部 back 後頭部

right side 右横 left side 左横 entire head 頭全体

* Type of pain? どのように痛みますか throbbing ズキンズキン

sharp/severe ガンガン like being struck with a hammer ガーンと割れるように

tingling キリキリ pricking チクチク others その他

* When is the pain worst? いつが一番痛みますか

morning 朝 noon 昼 evening 夕方 all day 一日中

Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

No 無 Yes 有 → medication 薬 food 食物 others その他

Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

No 無 Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください

Questions for women: 女性の方への質問です

* Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

No いいえ Yes はい → _____ months ヶ月

* Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか No いいえ Yes はい

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 liver disease 肝臓の病気

tuberculosis 結核 heart disease 心臓の病気 kidney disease 腎臓の病気

diabetes 糖尿病 asthma 喘息 high blood pressure 高血圧症

thyroid problem 甲状腺の病気 AIDS エイズ others その他

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか

No いいえ Yes はい

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか No いいえ Yes はい

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか No いいえ Yes はい

Do you drink? お酒を飲みますか No いいえ Yes はい → _____ ml / a day ml / 日

Do you smoke? 煙草を吸いますか No いいえ Yes はい → _____ cigarettes/a day 本/日

presented by 神奈川県国際交流協会 produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!・Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきいたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。