

面向外国人技能实习生

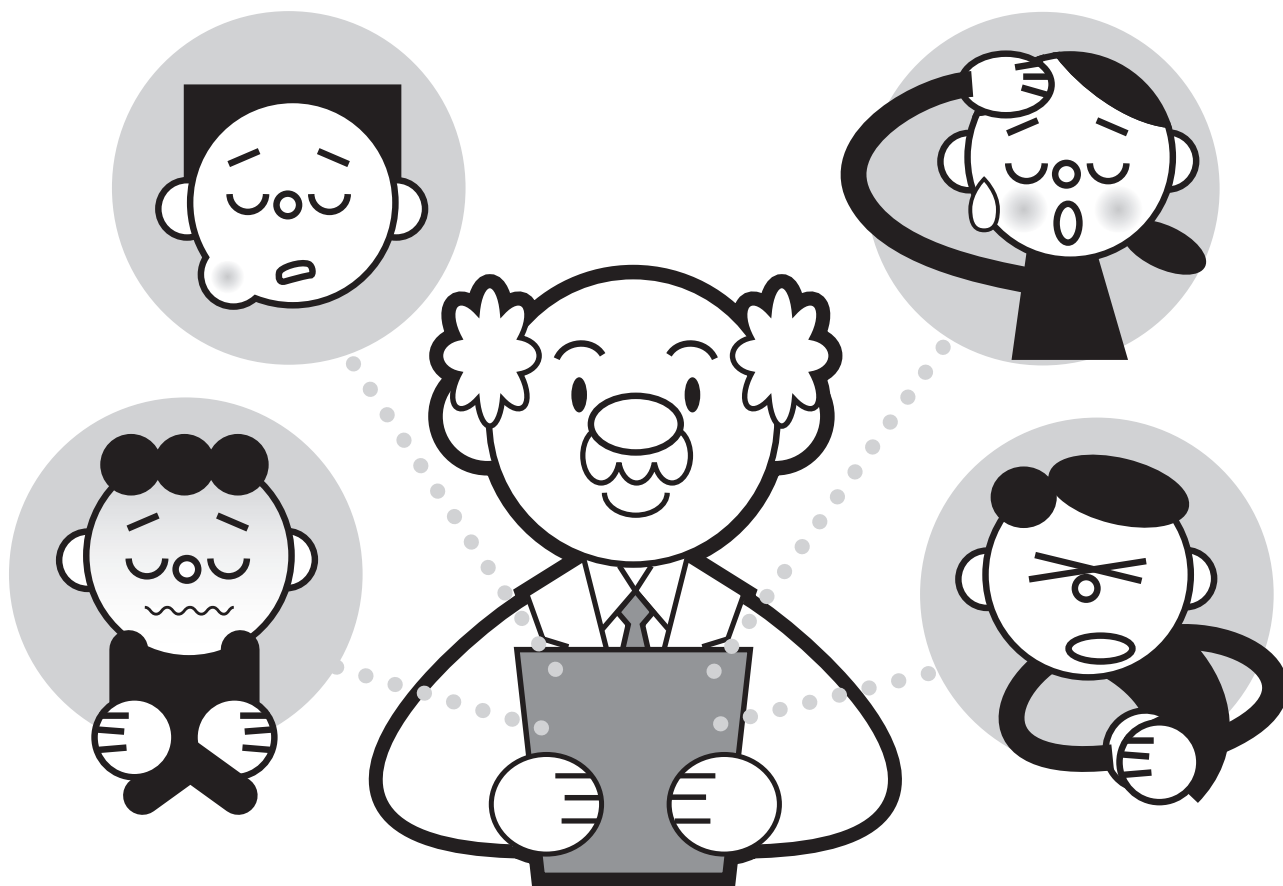
外国人技能実習生のための

向医疗机构提交的 本人申报表

医療機関への自己申告表

辅助问诊票

補助問診票



(面向外国人技能实习生)
(外国人技能実習生のための)

向医疗机构提交的本人申报表 医療機関への自己申告表

登记日期: 年 月 日
記入日 年 月 日

向医院提交的申报表分为“接待窗口的必要事项”和“辅助问诊表”。请预先填写好，并在相符的□内打√，交给接待窗口。

病院へ申告するための「受付窓口での必要事項」と「補助問診票」です。予め記入し、該当する□に√印を付け、受付窓口に提出して下さい。

在接待窗口处填写的必要信息

受付窓口での必要事項

(1)	姓名 名前	:	
(2)	性别 性別	:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 男 女
(3)	出生年月日 生年月日	:	年 月 日 年 月 日
(4)	年龄 年齢	:	
(5)	国籍 国籍	:	
(6)	地址 住所	:	
(7)	电话号码 電話番号	:	
(8)	联系方式 連絡先	:	公司名称 企業名 负责人姓名 担当者名 电话号码 電話番号

辅助问诊票 補助問診票

I 关于家族病史

家族歴について

包括已故亲属在内的家族中，若患有以下病症，请在□的周围划上○。
亡くなった方も含めて家族にも以下の症状があれば、□の周りを○で囲んで下さい。

II 关于以往病例

既往症について

- (1) 至今为止有生过病吗? 有 没有
今まで病気にかかったことはありますか。 はい いいえ

“有”的话请在相应的选项前划上√。
「はい」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 呼吸系统疾病
呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> 消化系统疾病
消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> 高血压症
高血圧症 | <input type="checkbox"/> 心脏病
心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> 泌尿系统疾病
泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> 妇科疾病
婦人科の病気 |
| <input type="checkbox"/> 感染症
感染症 | <input type="checkbox"/> 过敏症
アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> 心理疾病
心の病気 | |

若不在上述疾病范围内，请在此标注 : ()
その他あれば、記入して下さい。

- (2) 目前有定期服用的药物吗? 有 没有
現在、定期的に飲んでいる薬がありますか。 ある ない

“有”的话请在相应的选项前划上√。
「ある」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 治疗呼吸系统的药物
呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> 治疗消化系统的药物
消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> 治疗高血压的药物
高血圧の治療薬 | <input type="checkbox"/> 治疗心脏病的药物
心臓病の治療薬 |

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 安眠药
睡眠薬 | <input type="checkbox"/> 镇定剂
精神安定剂 |
| <input type="checkbox"/> 本国带来的药物
母国から持ってきた | <input type="checkbox"/> 其他
その他 |

若知道药物名称，请在此标注。 ()
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

(3) 至今为止在服用药物后，或因注射后引起皮肤发疹，或者不良反应吗？

今まで薬を飲んだり、注射をした後に、皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有
ある | <input type="checkbox"/> 没有
ない |
|----------------------------------|-----------------------------------|

“有”的话请在相应的选项前划上✓。

「ある」と答えた場合、該当するものに、✓印を付けて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 匹林类药物
ピリン系の薬 | <input type="checkbox"/> 抗生类药物
抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> 麻醉药
麻酔薬 | <input type="checkbox"/> 其他
その他 |

若知道药物名称，请在此标注。 ()
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

III 关于饮酒与吸烟

酒またはタバコについて

(1) 您喝酒吗？

お酒を飲みますか。

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喝
はい | <input type="checkbox"/> 不喝
いいえ |
|----------------------------------|------------------------------------|

“喝”的话请根据实际情况，填写下列空白。

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

一次大约喝多少酒？

1 回到飲む量は、主に

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. 啤酒____瓶
ビール____本 | 2. 日本酒____ml
日本酒____ml |
| 3. 烧酒____ml
焼酎____ml | 4. 其他 ()
その他 |

(2) 您吸烟吗？

たばこを吸っていますか。

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吸 (一天大约____根)
はい (一日に約____本) | <input type="checkbox"/> 不吸
いいえ |
|--|------------------------------------|

IV 为什么来医院？

どうしたのですか

因为身体不舒服。

体の調子が悪いので、来ました。

因为受伤。

ケガをしたので、来ました。

因为健康诊断显示健康异常。

健康診断で異常がみつかりましたので、来ました。

(1) 身体的全部症状

体全体の症状

发烧、体温____度。

熱があります。熱が____度あります。

不能消除疲劳。

疲れがとれない。

身体疲惫。

体がだるいのです。

易患感冒。

風邪をひきやすいです。

头晕目眩。

めまいがします。

晚上睡不着，早上醒得早。

寝つきが悪かったり、朝早く目が覚めたりします。

心情糟糕、烦闷。

気持ちが落ち込み、ゆううつです。

以前感兴趣的東西現在都没兴趣。

今まで楽しめていたことが楽しめません。

其他

その他

(2) 此症状是从____天前开始。

症状は、____日前からです。

V 请在下表中，感觉异常的部位前划上√。

√印を付けた体の部位に異常があります。

1. 头/脸

頭・顔

2. 眼睛

目

3. 耳朵

耳

4. 鼻子

鼻

5. 嘴巴

口

6. 牙齿

歯

7. 咽喉

のど

8. 颈、肩

首・肩

9. 胸部

胸

10. 胃部

胃

11. 腹部

腹

12. 肛门/泌尿器/生殖器

肛門・泌尿器・生殖器

13. 背/腰

背・腰

14. 手/腕/脚/关节

手・腕・足・関節

15. 皮肤

皮膚

VI 在第V部分划√的部位，会有疼痛感吗？

Vで√印を付けた部位に、痛みがありますか。

有

痛みがあります。

没有

痛みはありません。

“有”的话请根据实际情况，填写下列空白。

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

疼痛是从____天前或者____小时前开始的。

その痛みは、____日前又は____時間前から始まりました。

若在此页中有相应部位的症状请在□内划上✓后提出。
(この頁に、該当部位があれば、症状に✓印を付けて提出して下さい。)

VII 1. 头/脸

頭/顔

头

頭

- 头表面疼痛
表面が痛みます
- 局部疼痛
部分的に痛みます
- 隐隐作痛
ジーンとした痛みがあります。
- 感觉头重
重く感じます
- 头脑发昏思维不清晰
ぼおっとしてすっきりしません

- 头内部疼痛
内部が痛みます
- 跳痛
ズキンズキンします
- 挤压一般疼痛
しめつけるように痛みます
- 眩晕
くらくらします
- 其他
その他

脸

顔

- 脸发热
ほてります
- 抽筋
ピクピク痙攣します

- 浮肿
むくんでいます
- 其他
その他

2. 眼睛

目

- (右眼/左眼)有异物感
(右・左)に異物感があります
- (右眼/左眼)有疼痛感
(右・左)が痛みます
- 容易视疲劳
疲れやすい
- (右眼/左眼)充血
(右・左)が充血しています
- 看不清东西
見えにくくなってきました
- 看东西模糊
かすみます
- 其他
その他

- (右眼/左眼)发痒
(右・左)がかゆい
- 看东西重影
ものが二重に見えます
- 干燥
かわきます

3. 耳朵

耳

- 听不清东西
聞き取りにくいです
- (右耳/左耳)有疼痛感
(右・左)が痛みます
- 其他
その他

- (右耳/左耳)耳鸣
耳鳴りがします(右・左)
- (右耳/左耳)耳漏
耳だれが出ます(右・左)

若在此页中有相应部位的症状请在□内划上✓后提出。
(この頁に、該当部位があれば、症状に✓印を付けて提出して下さい。)

4. 鼻子

鼻

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 流鼻涕
鼻水が出ます | <input type="checkbox"/> 鼻塞
鼻がつまります |
| <input type="checkbox"/> 流鼻血
鼻血が出ます | <input type="checkbox"/> 鼻内瘙痒
鼻の中がかゆい |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |

5. 嘴巴

口

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 口干
乾きます | <input type="checkbox"/> 脸颊疼痛
ほほが痛い |
| <input type="checkbox"/> 舌头疼痛
舌が痛い | <input type="checkbox"/> 口腔炎
口内炎が出来ています |
| <input type="checkbox"/> 口臭
口臭がします | <input type="checkbox"/> 其他
その他 |

6. 牙齿

歯

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 牙痛
歯が痛い | <input type="checkbox"/> 遇冷疼痛
冷たいものがしみます |
| <input type="checkbox"/> 牙龈疼痛
歯ぐきが痛い | <input type="checkbox"/> 牙龈肿胀
歯ぐきがはれています |
| <input type="checkbox"/> 牙龈出血
歯ぐきから出血します | <input type="checkbox"/> 齿内填充物脱落
歯の詰めものがとれました |
| <input type="checkbox"/> 牙齿缺损
歯が欠けました | <input type="checkbox"/> 其他
その他 |
| <input type="checkbox"/> 仅作应急处理
応急措置だけして下さい | |

7. 咽喉

のど

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 咽喉疼痛
痛みます | <input type="checkbox"/> 吞咽食物时疼痛
ものを飲み込むときに痛みます |
| <input type="checkbox"/> 熏呛感
いがらっぽいのです | <input type="checkbox"/> 阻塞感
何か詰まっている感じがします |
| <input type="checkbox"/> 声音嘶哑
声がかすれます | <input type="checkbox"/> 咳嗽
せきが出ます |
| <input type="checkbox"/> 有痰
痰が出ます | <input type="checkbox"/> 痰中有血
血痰が出ます |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |

若在此页中有相应部位的症状请在□内划上✓后提出。
(この頁に、該当部位があれば、症状に✓印を付けて提出して下さい。)

8. 颈/肩

首・肩

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 颈痛
首が痛い | <input type="checkbox"/> 脖子无法旋转、不能弯曲
首が回らない・曲がらない |
| <input type="checkbox"/> 落枕
寝違えました | <input type="checkbox"/> 后颈酸痛
首の後がこります |
| <input type="checkbox"/> 击撞颈椎挫伤症
むち打ち症になりました | <input type="checkbox"/> 肩膀酸痛
肩がこります |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |

9. 胸部

胸

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 胸部疼痛
痛みます | <input type="checkbox"/> 心跳加剧
動悸がします |
| <input type="checkbox"/> 有压迫感
压迫感があります | <input type="checkbox"/> 呼吸困难
息がしにくいです |
| <input type="checkbox"/> 恶心
吐き気がします | <input type="checkbox"/> 烧心
胸やけがします |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |

10. 胃部

胃

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 隐隐作痛
鈍い痛みがあります | <input type="checkbox"/> 刺痛
刺すように痛みます |
| <input type="checkbox"/> 下坠感
重い感じがします | <input type="checkbox"/> 空腹时疼痛
空腹時に痛みます |
| <input type="checkbox"/> 饭后疼痛
食後に痛みます | <input type="checkbox"/> 恶心
吐き気がします |
| <input type="checkbox"/> 呕吐
吐きました | <input type="checkbox"/> 食欲不振
食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |

11. 腹部

腹

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (整体/右腹/左腹)下腹疼痛
(全体・右・左)下腹部が痛い | <input type="checkbox"/> 剧痛
ひどく痛みます |
| <input type="checkbox"/> (右腹/左腹)两侧疼痛
(右・左)脇腹が痛い | <input type="checkbox"/> 腹痛恶心
お腹が痛くて吐き気もします |
| <input type="checkbox"/> 隐隐作痛
鈍い痛みがあります | |
| <input type="checkbox"/> 腹部整体绞痛
腹部全体が絞められるように痛みます | |
| <input type="checkbox"/> 腹胀
お腹がはります | <input type="checkbox"/> 肚子咕噜咕噜作响
お腹がゴロゴロします |
| <input type="checkbox"/> 严重腹泻。一天____次
ひどい下痢です。一日____回 | |
| <input type="checkbox"/> 轻微腹泻
軽い下痢です | <input type="checkbox"/> 便秘, ____天一次
便秘です。____日に1回です |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |

12. 肛门/泌尿/生殖器

肛門・泌尿・生殖器

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 痔疮
痔があります | <input type="checkbox"/> 肛门瘙痒
肛門がかゆいです |
| <input type="checkbox"/> 便血
便に血が混じります | <input type="checkbox"/> 尿频
尿が近いです |
| <input type="checkbox"/> 尿痛
排尿するときに痛みます | <input type="checkbox"/> 血尿
血尿が出ました |
| <input type="checkbox"/> 生殖器出血
性器から出血します | <input type="checkbox"/> 白带增多
おりものがあります |
| <input type="checkbox"/> 痛经
生理痛があります | <input type="checkbox"/> 月经不调
生理が不順です |
| <input type="checkbox"/> 停经
生理がとまりました | <input type="checkbox"/> 阴部瘙痒
陰部にかゆみがあります |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |

13. 背/腰

背・腰

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 背痛
背中が痛みます | <input type="checkbox"/> 腰痛
腰が痛みます |
| <input type="checkbox"/> 腰酸
腰がだるい | <input type="checkbox"/> 身体活动时疼痛
体を動かすときに痛い |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |

若在此页中有相应部位的症状请在□内划上✓后提出。
(この頁に、該当部位があれば、症状に✓印を付けて提出して下さい。)

14. 手/腕/脚/关节

手・腕・足・関節

- (手/脚)疼痛
(手・足)が痛みます
- (手/脚)发麻
(手・足)がしびれています
- 脚抽筋
足がつります
- 脚部浮肿
足がむくんでいます
- 手脚冰冷
手足が冷たく感じます
- 手/脚/指头挫伤
手・足・指をくじきました
- 关节不能弯曲、伸展困难
関節が曲がりません・伸びにくいです
- 其他
その他

15. 皮膚

皮膚

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 皮膚瘙癢
かゆいです | <input type="checkbox"/> 皮膚疼痛
痛いです |
| <input type="checkbox"/> 皮膚生疮
おできができました | <input type="checkbox"/> 皮膚发疹
発疹が出ました |
| <input type="checkbox"/> 其他
その他 | |

JITCO