

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

英語

## Questionnaire for Radioactive Exposure 問診票

Date created(記入年月日): Date \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

Name (名前)	Name of accompanying person (同行者)	Relationship (本人との関係)
Current Address (現在住んでいる住所)		
Address when the earthquake occurred on March 11, 2011 (震災時3月11日の住所)		
Sex(性別)	<input type="checkbox"/> Male (男) <input type="checkbox"/> Female (女)	Date of Birth (生年月日)
Phone Number (電話番号)	Emergency contact number (緊急電話)	

Have you ever been an "occupationally exposed person"? (あなたは「放射線業務従事者」になったことがありますか?) <input type="checkbox"/> Yes (はい) <input type="checkbox"/> No (いいえ) <input type="checkbox"/> Not sure (分からない)
Do you have any disease under medical treatment? (現在治療中の病気はありますか?) <input type="checkbox"/> No (いいえ) <input type="checkbox"/> Yes (はい) If Yes, what is the disease name? (はいの場合疾患名:    ) (    )
Do you have any thyroid disorders? (甲状腺の疾患はありますか?) <input type="checkbox"/> No (いいえ) <input type="checkbox"/> Yes (はい) If Yes, what is the disease name? (はいの場合疾患名:    ) (    )
Have you ever got radiation therapy or radiographic inspection? (放射線治療や放射線検査をしたことがありますか?) <input type="checkbox"/> No (いいえ) <input type="checkbox"/> Yes (はい)

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

英語

If Yes, what kind of treatment or inspection have you got? (はいの場合 治療・検査の内容はなんですか?) ( )
How long have you got the treatment or inspection? (治療・検査の期間はどのくらいですか?) ( )
Are you taking any medicine? (現在服用中の薬はありますか?) <input type="checkbox"/> No (いいえ) <input type="checkbox"/> Yes (はい)
If Yes, what is it? (それはなんですか?) ( )
Have you experienced allergic reaction to iodine? (ヨウ素に対するアレルギーはありますか?) <input type="checkbox"/> No (いいえ) <input type="checkbox"/> Yes (はい)
If Yes, what is the allergen? (はいの場合、アレルギー物質は何ですか) ( )

Questions for female only (女性の方にお尋ねします)

Is there any possibility of pregnancy? (妊娠の可能性はありますか?) <input type="checkbox"/> No (いいえ) <input type="checkbox"/> Yes (はい)
If Yes, when was your last menstruation? (はいの場合:最終月経はいつですか?) (day___ month___ year_____ ~ day___ month___ year_____ ) (年月日~年月日)
Are you a breast-feeding mother? (授乳中ですか?) <input type="checkbox"/> No (いいえ) <input type="checkbox"/> Yes (はい)
Where were you at the time of the nuclear power plant accident? (事故が起こった時、どこにいましたか?) <input type="checkbox"/> Indoors (屋内) (Material of building) (屋内のどこにいましたか?) <input type="checkbox"/> Wood(木造) <input type="checkbox"/> Steel frame(鉄骨) <input type="checkbox"/> Concrete(コンクリート) <input type="checkbox"/> Stone(石造) <input type="checkbox"/> Outdoors (屋外)
How far were you away from the explosion site? (事故現場からの距離はどれくらいありますか?) _____ km
Will you explain about your history of residence since the blast of nuclear power plant? (事故が起こってからここに来るまでどこにいましたか? 地域と期間を教えてください)
Region (地域):
Period (期間):

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

英語

Please tell us your life from March 11 to March 31, 2011.

(3月11日～3月末の期間について生活についてお答えください)

How long did you spend outdoors or inside wooden house a day?

(一日の中で屋外もしくは木造家屋の中にいた時間は何時間くらいですか?)

About \_\_\_\_\_ hours. (時間)

Have you ever had dishes using home-grown vegetables or fruits?

(自家栽培の野菜や果物を使った食事を食べましたか?)

No (いいえ)     Yes (はい)

If Yes, what was that? ( )

What did you drink? (飲水状況を教えてください)

Tap water (水道水)     Well water (井戸水)     Milk (牛乳)

Bottled water / Soft drinks (市販の水・清涼飲料水)

Please tell us your life during the past month.

(この1ヶ月間の生活についてお答えください。)

How long did you spend outdoors or inside wooden house per day?

(一日の中で屋外もしくは木造家屋の中にいた時間は何時間くらいですか?)

About \_\_\_\_\_ hours. (時間)

Have you ever had dishes using home-grown vegetables or fruits?

(自家栽培の野菜や果物を使った食事を食べましたか?)

No (いいえ)     Yes (はい)

If Yes, what was that? ( )

What did you drink? (飲水状況を教えてください)

Tap water (水道水)     Well water (井戸水)     Milk (牛乳)

Bottled water / Soft drinks (市販の水・清涼飲料水)

Do you think you have possibly been exposed radiation?

(放射線による被ばくをしたと思いますか?)

No (いいえ)     Not sure (わからない)     Yes (はい)

If Yes, will you tell us which part of your body was exposed to radiation?

(はいの場合 被ばくの部位)

( )

Have you noticed any unusual symptoms? (何か自覚症状はありますか?)

No (いいえ)     Yes (はい)

For the person who answered Yes, please check your case with the following symptoms.

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

英語

(はいの方に以下の症状の有無をお答えください)	
Subjective symptoms (自覚症状の有無)	Appearance of the symptoms and Frequency (発症の時期、頻度)
<input type="checkbox"/> Get tired easily (疲れやすい)	
<input type="checkbox"/> Feel dizzy or Dizziness on standing up (立ちくらみ又はめまいがする)	
<input type="checkbox"/> Have fever easily (熱が出やすくなった)	
<input type="checkbox"/> Unexpected weight loss (急に体重が減った)	
<input type="checkbox"/> Heartburn (胸焼けがする)	
<input type="checkbox"/> Stomachache (胃が痛む)	
<input type="checkbox"/> Diarrhea (下痢をする)	
<input type="checkbox"/> Constipation (便秘をする)	
<input type="checkbox"/> Blood in stool (便に血が混じることがある)	
<input type="checkbox"/> Hard to stop bleeding (血が止まりにくくなった)	
<input type="checkbox"/> Bleeding under the skin (皮下出血がある)	
<input type="checkbox"/> Have dim sight, or difficult to see things (目がかすんだり、ものが見えにくくなった)	
<input type="checkbox"/> Diagnosed as cataract (or cataract opacities) (医師に白内障(又は白内障混濁)と言われた)	
<input type="checkbox"/> Have cough and phlegm (咳や痰がでる)	
<input type="checkbox"/> Blood in phlegm (痰に血が混じることがある)	
<input type="checkbox"/> Hard to cure wound or red spots on the skin (皮膚が治りにくい傷や赤い斑点が出たりする)	Where do you have them? (その場所はどこですか?)
<input type="checkbox"/> Have itchy, rough, dry, or oozing skin (皮膚がかゆかったり、荒れたり、カサカサ・ジクジクする)	Where do you have them? (その場所はどこですか?)
<input type="checkbox"/> Skin color has changed (皮膚の色が変わっているところがある)	Where do you have them? (その場所はどこですか?)
<input type="checkbox"/> Numbness or pain in limbs (手足がしびれたり痛んだりする)	
<input type="checkbox"/> Brittle, thick or splitting (rough) nails (爪がもろい、厚くなった、縦に割れる(凹凸を認める))	
<input type="checkbox"/> Feel cold at end of limbs (手足の先が冷たい)	
<input type="checkbox"/> Shake or numbness in fingers (手指が震えたり感覚がなくなる)	
<input type="checkbox"/> Swollen fingers (手指が腫れる)	

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。

英語

<input type="checkbox"/> Pain in joints (手足の関節が痛む)	
<input type="checkbox"/> Others (その他)	
<p>Are you seeing a doctor regarding above symptoms? (上記の症状に関して、現在通院をしていますか?)</p> <p><input type="checkbox"/> No (いいえ)    <input type="checkbox"/> Yes (はい)</p> <p>Name of the hospital(病院名):( )</p>	

<p>Are you allergic to any food or medication? (薬や食べ物のアレルギーはありますか?)</p> <p><input type="checkbox"/> No (いいえ)    <input type="checkbox"/> Yes (はい)</p> <p>What is it? (それは何ですか?)</p> <p>( )</p>
<p>Do you smoke? (タバコを吸いますか?)</p> <p><input type="checkbox"/> No (いいえ)    <input type="checkbox"/> Yes (はい)</p> <p>※How many cigarettes do you smoke per day? (1日何本吸いますか?)</p> <p>( ) cigarettes/day (本/日)</p>
<p>Have you taken potassium iodide? (安定ヨウ素剤を飲みましたか?)</p> <p><input type="checkbox"/> No (いいえ)    <input type="checkbox"/> Yes (はい)</p> <p>If Yes, when did you take? (はいの場合 飲んだのはいつですか?)</p> <p>( )</p>
<p>Please mention here if you have any concerns on your health. (相談内容 特に気になることがあればお書きください)</p>

- ・多言語で「こころの症状に関する問診」「放射線の被ばくに関する問診票」を公開しています。
- ・多言語医療問診システムも無料で公開中 Web モバイル(スマートフォン)で使えます。