

问诊表 (問診票)

记载日期 年 月 日

(記入年月日 年 月 日)

姓名 (名前)	同伴者姓名 (同行者氏名)	与本人关系 (本人との関係)	
现住址 (現在住んでいる住所)			
震灾时的地址 (3月11日) (震災時 (3月11日) の住所)			
性别 (性別)	男 (男) ・ 女 (女)	出生年月 (生年月日)	年 月 日 (年 月 日)
电话号码 (電話番号)		紧急联系电话 (緊急電話)	

您做过「放射线业务工作人员」吗？ (あなたは「放射線業務従事者」になったことがありますか。)

做 (はい) 没做 (いいえ) 不清楚 (分からない)

目前有正在治疗病 ？ (現在治療中の病気はありますか？) 没有 (いいえ) 有 (はい)

如果有，是什么病名？ (はいの場合疾患名) :

患有甲状腺疾病 ？ (甲状腺の疾患はありますか？) 没有 (いいえ) 有 (はい)

如果有，是什么病名？ (はいの場合疾患名) :

是否接受 放射性治 或放射检查？ (放射線治療や放射線検査をしたことがありますか？)

没有 (いいえ) 有 (はい)

如果有，治 内容或 内容是什么？ (はいの場合 治療・検査の内容はなんですか？)

()

接受治 / 期间有多久？ (治療・検査の期間はどのくらいですか？)

()

目前有正在服用的药物？ (現在服用中の薬はありますか？) 没有 (いいえ) 有 (はい)

那是什么 (それはなんですか？)

()

※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。

中国語

您对碘产生敏反应□？（ヨウ素に対するアレルギーはありますか？） □没有（いいえ） □有（はい） 如果有，是什么让您□敏的？（はいの場合 アレルギーの物質） （ ）
--

针□女性的有关问题。（女性の方にお尋ねします。）

是否有怀孕的可能？（妊娠の可能性はありますか？） □没有（いいえ） □有（はい） 如果有，最后来月经是什么□候？（はいの場合：最終月経はいつですか？） 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月 日～ 年 月 日） 正在母乳喂养□？（授乳中ですか？） □不在（いいえ） □在（はい）
--

请□事故发生□您在哪里？（事故が起こった時、どこにいましたか？）

□ 室内（屋内） 室内的话，在哪里？（屋内のどこにいましたか？） □木结构（木造） □钢铁架构（鉄骨） □水泥□构（コンクリート） □石头建筑（石造） □ 室外（屋外）

事故发生时，离事故发生现场大约有多远？ 千米

（事故が起こった時、事故現場からの距離はどれくらいありますか？ Km）

从事故□生起到来到这里，此期□您在哪里渡□的？（□告诉我们您所待的地方和待的□□）

（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））

地区（地域）：

期间（期間）：

就3月11日～3月末期间的生活，请回答有关问题。

（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。）

一天中待在室外或木结构的室内大概有几小时？（ ）小时（時間）

（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？）

吃了自家栽培的蔬菜或水果□？（自家栽培の野菜や果物を使った食事を食べましたか？）

□没有（いいえ） □有（はい）

吃了什么？（それは何ですか？）：

请说明一下您的饮水状况。(飲水狀況を教えてください。)

- 自来水 (水道水) 井水 (井戸水) 牛奶 (牛乳)
 市场上卖的水或饮料 (市販の水・清涼飲料水)

就这一个月的生活, 请回答有关问题。(この1ヶ月間の生活についてお答えください。)

一天中待在室外或木结构的室内大概有几小时?

(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?)

() 小时 (時間)

吃了自家栽培的蔬菜或水果? (自家栽培の野菜や果物を使った食事を食べましたか?)

- 没有 (いいえ) 有 (はい)

吃了什么 (それは何ですか?)

请说明一下您的饮水状况。(飲水狀況を教えてください。)

- 自来水 (水道水) 井水 (井戸水) 牛奶 (牛乳)
 市上水或料 (市販の水・清涼飲料水)

觉得自己受辐射了? (放射線による被ばくをしたと思いますか?)

- 不得 (いいえ) 不清楚 (わからない) 得是 (はい)

如果有, 是哪个部位 (はいの場合 被ばくの部位):

您有什么自症状? (何か自覚症状はありますか?)

- 没有 (いいえ) 有 (はい)

如果有, 请对接下来的症状进有无回答。(はいの方に以下の症状の有無をお答えください)

自觉症状的有无 (自覚症状の有無)	<input type="checkbox"/> 作 <input type="checkbox"/> 期, 频度 (発症の時期、頻度)
<input type="checkbox"/> 容易感到疲惫 (疲れやすい)	
<input type="checkbox"/> 站起 <input type="checkbox"/> 眩晕 (立ちくらみ又はめまいがする)	
<input type="checkbox"/> 比以往更容易 <input type="checkbox"/> (熱が出やすくなった)	
<input type="checkbox"/> 体重突然下降 (急に体重が減った)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心 (胸焼けがする)	
<input type="checkbox"/> 胃疼 (胃が痛む)	
<input type="checkbox"/> 腹泻 (下痢をする)	
<input type="checkbox"/> 便秘 (便秘をする)	
<input type="checkbox"/> 大便带血 (便に血が混じることがある)	
<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 不容易止血 (血が止まりにくくなった)	
<input type="checkbox"/> 有内出血的症状 (皮下出血がある)	

※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。

中国語

<input type="checkbox"/> 眼睛模糊、看不清东西。 (目がかすんだり、ものが見えにくくなった)	
<input type="checkbox"/> 医生说白内障(或白内障混浊) (医師に白内障(又は白内障混濁)と言われた)	
<input type="checkbox"/> 咳嗽, 有痰(咳や痰がでる)	
<input type="checkbox"/> 痰里有血(痰に血が混じることがある)	
<input type="checkbox"/> 皮肤的伤口不容易治愈或是容易出现红色的斑点 (皮膚が治りにくい傷や赤い斑点が出たりする)	<input type="checkbox"/> 是哪个部位? (その場所はどこですか?)
<input type="checkbox"/> 皮肤瘙痒、粗糙呀, 或是显得特别干燥或潮湿 (皮膚がかゆかったり、荒れたり、カサカサ・ジクジクする)	<input type="checkbox"/> 是哪个部位? (その場所はどこですか?)
<input type="checkbox"/> 有些地方的肤色变了(皮膚の色が変わっているところがある)	<input type="checkbox"/> 是哪个部位? (その場所はどこですか?)
<input type="checkbox"/> 手脚 <input type="checkbox"/> 麻伴有疼痛感(手足がしびれたり痛んだりする)	
<input type="checkbox"/> 指甲脆弱、变厚, 易劈(凹凸不平) (爪がもろい, 厚くなった, 縦に割れる(凹凸を認める))	
<input type="checkbox"/> 手脚尖 <input type="checkbox"/> 凉(手足の先が冷たい)	
<input type="checkbox"/> 手指颤抖感 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (手指が震えたり、感覚がなくなる)	
<input type="checkbox"/> 手指肿胀(手指が腫れる)	
<input type="checkbox"/> 手脚的关节疼痛(手足の関節が痛む)	
<input type="checkbox"/> 其它(その他)	
就以上症状, <input type="checkbox"/> 在在接受治 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ?(上記の症状に関して、現在通院をしていますか?)	
<input type="checkbox"/> 没有(いいえ) <input type="checkbox"/> 有(はい) (医院名(病院名) :)	

有 <input type="checkbox"/> 物或食物 <input type="checkbox"/> 敏?(薬や食べ物のアレルギーはありますか?) <input type="checkbox"/> 没有(ない) <input type="checkbox"/> 有(ある)
因什么会 <input type="checkbox"/> 敏?(それは何ですか?)
吸烟 <input type="checkbox"/> ?(タバコを吸いますか?) <input type="checkbox"/> 吸的(いいえ) <input type="checkbox"/> 不吸(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。

中国語

※一天吸多少支？（ ） 支/天（1日何本吸いますか？（ ） 本/日）

服用安定碘了□？（安定ヨウ素剤を飲みましたか？） □没（いいえ） □服了（はい）

如果有，是什么□候服用的？（はいの場合 飲んだのはいつですか？）

如有什么问题要咨询或特别事项请写下来。（相談内容 特に気になることがあればお書きください。）

- ・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。