

※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。
インドネシア語

Kuesioner perihal terkena paparan radiasi 問診票

Diisi pada tanggal(日) _____ bulan(月) _____ tahun (年) _____

| | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| Nama 名前: | | Nama pendamping 同行者: | Hubungan dengan Anda: 本人との関係 |
| Alamat 住所: | | | |
| Jenis kelamin 性別 | <input type="checkbox"/> Laki-laki 男 <input type="checkbox"/> Perempuan 女 | Saat ini tinggal di 居住状況: <input type="checkbox"/> rumah sendiri(自宅) <input type="checkbox"/> tempat pengungsian(避難所) <input type="checkbox"/> hunian sementara(仮設住宅) (yang disediakan oleh pemerintah 政府によって提供される) <input type="checkbox"/> hunian sementara(仮設住宅) (sewaan 賃貸) <input type="checkbox"/> rumah kawan atau sanak saudara (友人・親戚の家) <input type="checkbox"/> lain-lain(その他) | |
| Usia 年齢 | Tahun(才) | | |
| Nomor telepon(電話番号): | | Nomor telepon untuk kontak darurat 緊急時の連絡先: | |
| Alasan datang berkonsultasi(/diperiksa) atas 相談理由 (受診理由): <input type="checkbox"/> kehendak sendiri (自分から) <input type="checkbox"/> anjuran keluarga atau kenalan (家族・知人にすすめられて) <input type="checkbox"/> lain-lain(その他) () | | | |
| Di manakah Anda berada pada saat kecelakaan terjadi? 事故が起こった時、どこにいましたか? <input type="checkbox"/> Dalam bangunan 屋内 (Dalam bangunan yang bagaimana? 屋内のどこにいましたか?) <input type="checkbox"/> Bangunan kayu(木造) <input type="checkbox"/> Bangunan berkerangka besi/baja(鉄骨) <input type="checkbox"/> Bangunan beton(コンクリート) <input type="checkbox"/> Bangunan batu(石造) <input type="checkbox"/> Luar bangunan 屋外 Kira-kira berapa jauh dari lokasi kecelakaan? 事故現場からの距離はどれくらいありますか? _____ km Bagaimana pakaian Anda pada waktu itu? その時の服装はなんですか? : | | | |
| Dari saat terjadi kecelakaan sampai datang kemari, di mana sajakah Anda berada? 事故が起こってからここに来るまでどこにいましたか? Sudah berapa lama Anda berada di sini? どのくらいの期間ここにいますか?(Jangka waktu 期間) Sarana transportasi apa saja yang Anda gunakan untuk datang kemari? ここまでの移動手段はなんですか? (Sarana transportasi 移動手段) Tindakan bagaimana saja yang telah Anda ambil sampai saat datang kemari? (Tindakan selama ini) ここにくるまでにどんな行動をしましたか?(それまでの行動) | | | |

※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。
 インドネシア語

| | |
|--|---|
| <p>Tuliskan makanan/minuman apa saja yang telah Anda konsumsi sejak terjadi kecelakaan hingga saat ini 食事について教えてください。:</p> | |
| <p>Apakah selama ini Anda mengenakan masker sederhana? 簡易マスクをしていましたか? <input type="checkbox"/> Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/> Ya(はい)</p> | |
| <p>Apakah Anda telah dibasahi oleh air hujan? 雨に濡れましたか? <input type="checkbox"/> Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/> Ya(はい)</p> | |
| <p>Apakah Anda terkena paparan radiasi? 放射線による被ばくをしましたか? <input type="checkbox"/> Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/> Tidak tahu(わからない) <input type="checkbox"/> Ya(はい) Jika "ya," sebutkan bagian tubuh mana saja yang terkena radiasi はいの場合 被ばくの部位:</p> | |
| <p>Apakah Anda sedang dalam pengobatan atas suatu penyakit? 現在治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/> Ya(はい) Jika "ya," sebutkan nama penyakit はいの場合疾患名:</p> | |
| <p>Apakah Anda mengidap penyakit kelenjar tiroid? 甲状腺の疾患はありますか? <input type="checkbox"/> Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/> Ya(はい) Jika "ya," sebutkan nama penyakit はいの場合疾患名:</p> | |
| <p>Apakah ada obat yang sedang Anda konsumsi? 現在服用中の薬はありますか? <input type="checkbox"/> Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/> Ya(はい)</p> | |
| <p>Apakah ada suatu gejala yang Anda sadari sendiri? 何か自覚症状はありますか? <input type="checkbox"/> Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/> Ya(はい) Jika "ya," berilah tanda centang pada gejala-gejala yang Anda alami dari gejala yang disebutkan di bawah ini. はいの方は以下の症状の有無をお答えください。</p> | |
| <p>Gejala yang disadari sendiri 自覚症状の有無</p> | <p>Sejak kapan dan berapa sering gejala tersebut timbul, sedang diobati atau tidak, dll. 発症の時期、頻度、通院中等</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Mudah merasa lelah 疲れやすい</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Berkunang-kunang saat berdiri atau terasa pusing 立ちくらみ又はめまいがする</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Menjadi mudah terserang demam 熱が出やすくなった</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Berat badan menurun dengan tiba-tiba 急に体重が減った</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Ada rasa terbakar dan nyeri tumpul di sekitar ulu hati 胸焼けがする</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Lambung terasa nyeri 胃が痛む</p> | |

※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。
インドネシア語

| | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diare 下痢をする | |
| <input type="checkbox"/> Sembelit 便秘をする | |
| <input type="checkbox"/> Tinja adakalanya bercampur darah 便に血が混じることがある | |
| <input type="checkbox"/> Perdarahan menjadi sulit berhenti 血がとまりにくくなった | |
| <input type="checkbox"/> Terdapat perdarahan di bawah kulit 皮下出血がある | |
| <input type="checkbox"/> Penglihatan buram atau sulit untuk melihat 目がかすんだり、ものが見えにくくなった | |
| <input type="checkbox"/> Menurut dokter, menderita katarak (atau kekeruhan katarak) 医師に白内障と言われた | |
| <input type="checkbox"/> Batuk-batuk dan berdahak 咳や痰がでる | |
| <input type="checkbox"/> Dahak adakalanya bercampur darah 痰に血が混じることがある | |
| <input type="checkbox"/> Terjadi luka yang sulit sembuh atau timbul bintik-bintik merah pada kulit 皮膚が治りにくい傷や赤い斑点がでたりする | Di bagian tubuh mana?その場所はどこですか? |
| <input type="checkbox"/> Kulit gatal-gatal, menjadi kasar, kering, atau merembeskan cairan 皮膚がかゆかったり、荒れたり、カサカサ・ジクジクする | Di bagian tubuh mana?その場所はどこですか? |
| <input type="checkbox"/> Ada bagian kulit yang warnanya berubah 皮膚の色が変わっているところがある | Di bagian tubuh mana?その場所はどこですか? |
| <input type="checkbox"/> Tangan dan kaki serasa kesemutan atau terasa nyeri 手足がしびれたり痛んだりする | |
| <input type="checkbox"/> Kuku menjadi rapuh, tebal, atau terbelah vertikal(terdapat cekung dan cembung)爪がもろい、厚くなった、縦に割れる | |
| <input type="checkbox"/> Ujung tangan dan kaki dingin 手足の先が冷たい | |
| <input type="checkbox"/> Jari tangan gemetar atau mati rasa 手指が震えたり感覚がなくなる | |
| <input type="checkbox"/> Jari tangan membengkak 手指が腫れる | |
| <input type="checkbox"/> Sendi tangan dan kaki terasa nyeri 手足の関節が痛む | |
| <input type="checkbox"/> Memiliki bakat alergi アレルギー体質である (Asma, radang selaput lendir hidung, alergi serbuk bunga, atopi, dll.喘息・鼻炎・花粉症・アトピー等) | |
| <input type="checkbox"/> Mempunyai kebiasaan merokok 喫煙習慣がある | Batang 本/hari 日 |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain その他 | |
| Adakah kemungkinan Anda sedang hamil?妊娠の可能性はありますか? <input type="checkbox"/> Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/> Ya(はい) Jika "ya," kapan haid terakhir? はいの場合:最終月経はいつですか?(Dari tanggal (日)___ bulan (月)___ tahun (年) ___ hingga tanggal(日) ___ bulan(月) _____ tahun(年) _____) | |
| Pernahkah Anda menjalani radioterapi atau pemeriksaan radiologi? 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"/> Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/> Ya(はい) Jika "ya," terapi/pemeriksaan tersebut meliputi apa saja? はいの場合 治療・検査の内容はなんですか? Berapa lama jangka waktu terapi/pemeriksaan tersebut? 治療・検査の期間はどのくらいですか? | |

※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。
インドネシア語

| |
|---|
| <p>Apakah Anda telah minum pil/larutan potasium iodida? 安定ヨウ素剤を飲みましたか?</p> <p><input type="checkbox"/>Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/>Ya(はい)</p> <p>Jika "ya," kapan Anda meminumnya? はいの場合 飲んだのはいつですか?</p> |
| <p>Apakah Anda memiliki alergi terhadap iodin? ヨウ素に対するアレルギーはありますか?</p> <p><input type="checkbox"/>Tidak(いいえ) <input type="checkbox"/>Ya(はい)</p> <p>Jika "ya," tuliskan secara konkret penyebab alergi iodin tersebut はいの場合 アレルギーの物質 (barang, makanan, obat dan dll 製品、食品、薬等):</p> |
| <p>Hal yang dikonsultasikan(相談内容): (Tuliskan jika ada hal yang dikhawatirkan secara khusus 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。