

放射科□□表・(关于副射)

放射線科問診表・(被ばくに関する)

姓名(お名前)			
体重(体重)	k g	年齢(年齢) (才)	岁 性別(性別) 男性・女性

<p>1. 请说明一下从事故发生到本医院就诊期间的状况。事故発生から、当院に受診するまでのことについて教えてください。</p> <p>当□您在哪儿？(都道府県： 市町村：)。どこにいましたか？(都道府県： 市町村：)。</p>
<p>2. 当□您在室内还是室外？屋内ですか？屋外ですか？ 室内(屋内)・ 室外(屋外)</p>
<p>3. 如果在室内，建筑物为哪种类型？屋内にいた場合、建物の種類は何ですか？ (混凝土建筑・木造・) (コンクリート・木造・)</p>
<p>4. 您大概在那里待了多久？ (日 小时)</p> <p>どのぐらいの時間その場所にいましたか？ (日 時間)</p>
<p>5. 当□您穿着什么样的衣服？どのような服装で過ごしていましたか？</p>
<p>6. 有没有被雨淋？ 天候が雨の日、雨に濡れましたか？ 有(はい)・ 没有(いいえ)</p>
<p>7. 有没有怀孕的可能？ 妊娠の可能性はありますか？ 有(はい)・ 没有(いいえ)</p>
<p>8. 如果有的□，是怀孕第几周？</p> <p>「はい」と答えた方にご質問します。妊娠何週目ですか？</p>
<p>9. 有没有接受□放射性(同位素・□型加速器)等治□？放射線治療(アイソトープ・リニアック)などを受けていますか？ 有(はい)・ 没有(いいえ)</p> <p>如果有，是什么□候？「はい」と答えた方にご質問します。それはいつごろですか？</p>
<p>10. 有没有在服用碘制剂？ 安定ヨウ素剤を飲んでいますか？ 有(はい)・ 没有(いいえ)</p> <p>如果有，是从什么□候开始服用的？「はい」と答えた方にご質問します。それはいつごろから内服していますか？</p>
<p>11. 有没有患有甲状腺疾病？甲状腺の病気がありますか？□□ 有(はい)・ 没有(いいえ)</p> <p>如果有，有没有接受治疗？ 「はい」と答えた方にご質問します。甲状腺の治療を行っていますか？ 有(はい)・ 没有(いいえ)</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。

中国語

如果有， <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 接受了什么 \square 的治 \square ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 甲状腺の治療を行っている場合、どのような治療をされていますか？	
12. 有没有过药物或食物过敏？ 薬剂および食物でアレルギーを起こしたことがありますか？ 有(はい)・ 没有(いいえ) 如果有，请写下引起过敏的药品名或食品名。「はい」と答えた方にご質問します。アレルギーを起こした薬剂名または食べ物をお書き下さい。	
13. 有没有碘 \square 敏 \square ?ヨードアレルギーはありますか？	有(はい)・ 没有(いいえ)
14. 最后如果有其它要咨询的事项或疑 \square ，请写在下面。その他医師に伝えたいことやご質問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。