

# قسم الباطنية

ない か もんしんひょう  
内科問診票

العربية  
アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

|                                     |                                    |             |                                    |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------------------------|------------------------------------|
| الاسم<br>名前                         |                                    |             | <input type="checkbox"/> ذكر<br>男  | <input type="checkbox"/> أنثى<br>女 |
| تاريخ الميلاد<br>生年月日               | سنة<br>年                           | شهر<br>月    | يوم<br>日                           | الهاتف<br>電話                       |
| العنوان<br>住所                       |                                    |             |                                    |                                    |
| هل لديك تأمين صحي؟<br>健康保険を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい |             | <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |                                    |
| الجنسية<br>国籍                       |                                    | اللغة<br>言葉 |                                    |                                    |

ما الذي تعاني منه؟  
どうしましたか

- |                                                   |                                                       |                                                |                                                 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> حرارة<br>(℃) 熱がある        | <input type="checkbox"/> ألم بالحجرة<br>のどが痛い         | <input type="checkbox"/> سعال<br>せき            | <input type="checkbox"/> ألم بالرأس<br>頭が痛い     |
| <input type="checkbox"/> ألم بالصدر<br>胸が痛い       | <input type="checkbox"/> طفح جلدي<br>発しん              | <input type="checkbox"/> خفقان<br>動悸           | <input type="checkbox"/> صعوبة في التنفس<br>息切れ |
| <input type="checkbox"/> إنتفاخ<br>むくみ            | <input type="checkbox"/> دوام<br>めまい                  | <input type="checkbox"/> ثقل بالصدر<br>胸が苦しい   | <input type="checkbox"/> ألم بالبطن<br>お腹が痛い    |
| <input type="checkbox"/> ألم بالمعدة<br>胃が痛い      | <input type="checkbox"/> ضغط عالي<br>高血圧              | <input type="checkbox"/> خدر<br>しびれ            | <input type="checkbox"/> عطش متزايد<br>口が渇く     |
| <input type="checkbox"/> فقدان بالوزن<br>体重が減っている | <input type="checkbox"/> شعور بانتفاخ بالبطن<br>お腹が張る | <input type="checkbox"/> فقدان الشهية<br>食欲がない |                                                 |
| <input type="checkbox"/> قيء<br>嘔吐                | <input type="checkbox"/> غثيان<br>吐き気                 | <input type="checkbox"/> إسهال<br>下痢           | <input type="checkbox"/> دم مع البراز<br>血便     |
| <input type="checkbox"/> نحول<br>だるい              | <input type="checkbox"/> تعب بسرعة<br>疲れやすい           | <input type="checkbox"/> غير ذلك<br>その他        |                                                 |

منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟  
それはいつからですか

منذ \_\_\_\_\_ سنة \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ يوم

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟  
薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ نعم  
はい → ☐ دواء  
薬 ☐ طعام  
食べ物 ☐ غير ذلك  
その他 ☐ لا  
いいえ

هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟  
現在飲んでいる薬はありますか

☐ نعم  
はい → ☐ لا  
いいえ

هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟  
妊娠していますか、またその可能性はありますか

☐ نعم  
はい → \_\_\_\_\_ أشهر  
ヶ月 ☐ لا  
いいえ

هل تقومين بالإرضاع حالياً؟  
授乳中ですか

☐ نعم  
はい ☐ لا  
いいえ

هل أصابك أي مرض في الماضي؟  
今までにかかった病気はありますか

- |                                                             |                                               |                                                    |                                           |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء<br>胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> أمراض الكبد<br>肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> أمراض القلب<br>心臓の病気      |                                           |
| <input type="checkbox"/> أمراض الكلى<br>腎臓の病気               | <input type="checkbox"/> تدرن<br>結核           | <input type="checkbox"/> سكري<br>糖尿病               | <input type="checkbox"/> ربو<br>ぜんそく      |
| <input type="checkbox"/> ضغط دم عالي<br>高血圧症                | <input type="checkbox"/> أيدز<br>エイズ          | <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية<br>甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> مرض الزهري<br>梅毒 |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك<br>その他                     |                                               |                                                    |                                           |

هل تعالج حالياً من أي مرض؟  
現在治療している病気はありますか

☐ نعم  
はい ☐ لا  
いいえ

هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟  
手術を受けたことがありますか

☐ نعم  
はい ☐ لا  
いいえ

هل سبق أن تم إجراء نقل دم لك؟  
輸血を受けたことがありますか

☐ نعم  
はい ☐ لا  
いいえ

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟  
今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ نعم  
はい ☐ لا  
いいえ

# قسم الجراحة

げ か もんしんひょう  
外科問診票

العربية  
アラビア語

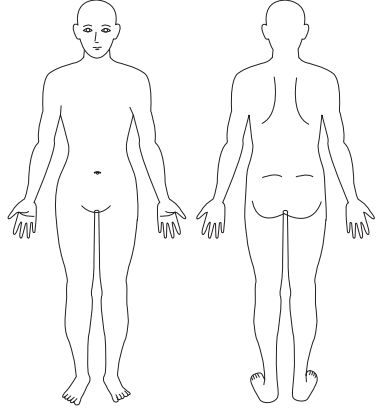
ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

|                                     |          |                                                                       |                                   |                                    |
|-------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| الاسم<br>名前                         |          |                                                                       | <input type="checkbox"/> ذكر<br>男 | <input type="checkbox"/> أنثى<br>女 |
| تاريخ الميلاد<br>生年月日               | سنة<br>年 | شهر<br>月                                                              | يوم<br>日                          | الهاتف<br>電話                       |
| العنوان<br>住所                       |          |                                                                       |                                   |                                    |
| هل لديك تأمين صحي؟<br>健康保険を持っていますか？ |          | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |                                   |                                    |
| الجنسية<br>国籍                       |          |                                                                       | اللغة<br>言葉                       |                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ضع دائرة على الجزء الذي تشعر بالألم فيه<br>症状のあるところに丸をしてください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <p>ما الذي تعاني منه؟<br/>どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> حرارة (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> ألم بالبطن お腹が痛い <input type="checkbox"/> جرح けが</p> <p><input type="checkbox"/> حرق やけど <input type="checkbox"/> ورم しみ <input type="checkbox"/> خدر しぶれ</p> <p><input type="checkbox"/> إلتواء びねった <input type="checkbox"/> فقدان وزن 体重が減っている <input type="checkbox"/> حكة かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> حصاة صفراوية 胆石 <input type="checkbox"/> إنتفاخ 腫れ <input type="checkbox"/> بواسير 痔</p> <p><input type="checkbox"/> دم مع البراز 血便 <input type="checkbox"/> (الغدة الدرقية) のど (甲状腺) <input type="checkbox"/> تمزق (فتق) 脱腸 (ヘルニア)</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك その他</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> الرقبة 首 <input type="checkbox"/> الرئة 肺 <input type="checkbox"/> الثدي 乳房</p> <p><input type="checkbox"/> المعدة 胃 <input type="checkbox"/> السرة へそ <input type="checkbox"/> 腸</p> |  |
| <p>أعراض ما تشعر به؟<br/>それはいつからですか</p> <p>منذ _____ سنة _____ شهر _____ يوم</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <p>هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟<br/>薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <p>هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت حاليًا؟<br/>現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <p>هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟<br/>妊娠していますか、またその可能性はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <p>هل تقومين بالإرضاع حالياً؟<br/>授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <p>هل أصابك أي مرض في الماضي؟<br/>今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> أمراض الكبد 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> أمراض القلب 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> أمراض الكلى 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> تدرن 結核 <input type="checkbox"/> سكري 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> ضغط دم عالي 高血圧症 <input type="checkbox"/> أيدز エイズ <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية 甲状腺の病気</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك 其他 <input type="checkbox"/> ربو ぜんそく <input type="checkbox"/> مرض الزهري 梅毒</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <p>هل تتعالج حالياً من أي مرض؟<br/>現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <p>هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟<br/>手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <p>هل سبق أن تم إجراء نقل دم لك؟<br/>輸血を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <p>هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟<br/>麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <p>إذا كان لديك تقرير من مستشفى آخر يرجى الإجابة على الأسئلة التالية.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <p>هل سبق أن عملت أشعة إكس؟<br/>レントゲンフィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <p>هل سبق أن قمت بعمل فحص داخلي بالكاميرا؟<br/>内視鏡フィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |

من المرة القادمة، يمكن جلب مترجم لنفسك؟  
今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ نعم はい ☐ لا いいえ

〈2/2ページ〉

# قسم جراحة العظام

せいけい げ か もんしんひょう  
整形外科問診票

العربية  
アラビア語

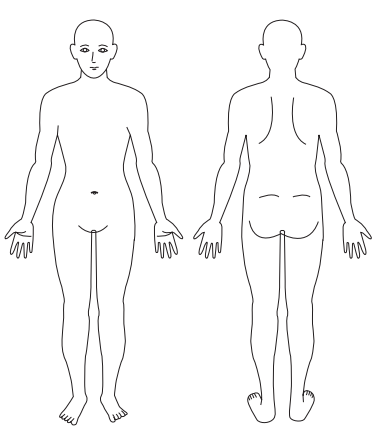
ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة 年

شهر 月

يوم 日

|                                  |                                                                 |             |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|
| الاسم 名前                         | <input type="checkbox"/> ذكر 男 <input type="checkbox"/> أنثى 女  |             |
| تاريخ الميلاد 生年月日               | سنة 年                                                           | شهر 月 يوم 日 |
| العنوان 住所                       | الهاتف 電話                                                       |             |
| هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |             |
| الجنسية 国籍                       | اللغة 言葉                                                        |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ضع دائرة على الجزء الذي تشعر بالألم فيه<br>症状のあるところに丸をしてください                         |
| <input type="checkbox"/> حرارة (℃) 熱がある <input type="checkbox"/> ألم 痛み<br><input type="checkbox"/> جرح けが <input type="checkbox"/> حرق やけど<br><input type="checkbox"/> ورم しこり <input type="checkbox"/> إنتفاخ はれもの<br><input type="checkbox"/> حكة かゆい <input type="checkbox"/> خدر しびれ<br><input type="checkbox"/> إلتواء ひねった <input type="checkbox"/> فقدان وزن 体重が減っている<br><input type="checkbox"/> غير ذلك その他                                                                                           |  |
| منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟<br>それはいつからですか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                      |
| منذ _____ سنة 年 _____ شهر 月 _____ يوم 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                      |
| هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → <input type="checkbox"/> دواء 薬 <input type="checkbox"/> طعام 食べ物 <input type="checkbox"/> غير ذلك その他 <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |
| هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟ 現在飲んでいる薬はありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |
| هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → _____ أشهر ヶ月 <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |
| هل تقومين بالإرضاع حالياً؟ 授乳中ですか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                      |
| هل أصابك أي مرض في الماضي؟ 今までにかかった病気はありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> أمراض الكبد 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> أمراض القلب 心臓の病気<br><input type="checkbox"/> أمراض الكلى 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> تدرن 結核 <input type="checkbox"/> سكري 糖尿病 <input type="checkbox"/> ربو ぜんそく<br><input type="checkbox"/> ضغط دم عالي 高血圧症 <input type="checkbox"/> أيدز エイズ <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> مرض الزهري 梅毒<br><input type="checkbox"/> غير ذلك その他 |                                                                                      |
| هل تعالج حالياً من أي مرض؟ 現在治療している病気はありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                      |
| هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟ 手術を受けたことがありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                      |
| هل سبق أن تم إجراء نقل دم لك؟ 輸血を受けたことがありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                      |
| هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟ 麻酔をして何かトラブルがありましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                      |
| هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |

# قسم الجملة العصبية

のうしんけい げ か もんしんひょう  
脳神経外科問診票

العربية  
أرابيا 語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة 年

شهر 月

يوم 日

|                                  |                                                                 |       |                                                                |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------|
| الاسم 名前                         |                                                                 |       | <input type="checkbox"/> ذكر 男 <input type="checkbox"/> أنثى 女 |
| تاريخ الميلاد 生年月日               | سنة 年                                                           | شهر 月 | يوم 日                                                          |
| العنوان 住所                       |                                                                 |       |                                                                |
| هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |       |                                                                |
| الجنسية 国籍                       | اللغة 言葉                                                        |       |                                                                |

|                                                                     |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか                                          |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> صداع 頭が痛い                                  | <input type="checkbox"/> دوام めまい                               | <input type="checkbox"/> غثيان 吐き気                              | <input type="checkbox"/> قيء 嘔吐                                                     |
| <input type="checkbox"/> طنين في الأذن 耳鳴り                          | <input type="checkbox"/> تصلب في الكتف 肩こり                      | <input type="checkbox"/> خدر しびれ                                | <input type="checkbox"/> ارتعاش الأطراف 手足のふるえ                                      |
| <input type="checkbox"/> فقدان الوعي 意識がなくなる                        | <input type="checkbox"/> صعوبة في السمع 聞こえにくい                  |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> صعوبة في الرؤية 物が見えにくい                    | <input type="checkbox"/> صعوبة في المشي 歩きにくい                   |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> صعوبة في حركة الأطراف 手足の動きが悪い             | <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他                             |                                                                 |                                                                                     |
| أعراض ما تشعر به؟                                                   |                                                                 | منذ 年 月 日                                                       |                                                                                     |
| هل صدمت رأسك؟ 頭をぶつけましたか                                             |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → 年 月 日                             |                                                                 | <input type="checkbox"/> لا いいえ                                 |                                                                                     |
| أين جزء من رأسك؟ どこをぶつけましたか                                         | <input type="checkbox"/> الأمام 前頭部                             | <input type="checkbox"/> الخلف 後頭部                              | <input type="checkbox"/> الجانب الأيمن 右横 <input type="checkbox"/> الجانب الأيسر 左横 |
| هل كان ذلك في حادثه سير؟ 交通事故ですか                                    | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |                                                                 |                                                                                     |
| الشخص الذي لديه صداع عليه أن يجيب على الأسئلة التالية؟ 頭が痛い方への質問です  |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
| أين موضع الألم؟ どこが痛みますか                                            |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> الأمام 前頭部                                 | <input type="checkbox"/> الخلف 後頭部                              | <input type="checkbox"/> الجانب الأيمن 右横                       | <input type="checkbox"/> الجانب الأيسر 左横 <input type="checkbox"/> جميع الرأس 頭全体   |
| ما هو نوع الألم؟ どのように痛みますか                                         |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> خفقان ズキンズキン                               | <input type="checkbox"/> ألم شديد ガンガン                          | <input type="checkbox"/> كأنما يجري الضرب بمطرقة ガーンと割れるように     |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> لسع キラキラ                                   | <input type="checkbox"/> وخز チクチク                               | <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他                             |                                                                                     |
| متى يكون الألم في أسوأ حالاته؟ いつが一番痛いのですか                          |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> في الصباح 朝                                | <input type="checkbox"/> الظهر 昼                                | <input type="checkbox"/> في المساء 夕方                           | <input type="checkbox"/> طول اليوم 一日中                                              |
| هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか                 |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → 年 月 日                             |                                                                 | <input type="checkbox"/> لا いいえ                                 |                                                                                     |
| هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟ 現在飲んでいる薬はありますか          |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → 年 月 日                             |                                                                 | <input type="checkbox"/> لا いいえ                                 |                                                                                     |
| هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか |                                                                 |                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → 年 月 日                             |                                                                 | <input type="checkbox"/> لا いいえ                                 |                                                                                     |
| هل تقومين بالإرضاع حالياً؟ 授乳中ですか                                   |                                                                 | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |                                                                                     |

<1/2ページ>

|                                                                                     |                                                               |                                                                 |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| هل أصابك أي مرض في الماضي؟<br>いま びょうき 今までにかかった病気はありますか                              |                                                               |                                                                 |                                                |
| <input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء<br>いちょう びょうき 胃腸の病気               | <input type="checkbox"/> أمراض الكبد<br>かんそう びょうき 肝臓の病気       | <input type="checkbox"/> أمراض القلب<br>しんそう びょうき 心臓の病気         |                                                |
| <input type="checkbox"/> أمراض الكلى<br>じんそう びょうき 腎臓の病気                             | <input type="checkbox"/> تدرن<br>けっかく 結核                      | <input type="checkbox"/> سكري<br>とうようびょう 糖尿病                    | <input type="checkbox"/> ربو<br>ぜんそく ぜんそく      |
| <input type="checkbox"/> ضغط دم عالي<br>こうけつあつしやう 高血圧症                              | <input type="checkbox"/> أيدز<br>エイズ                          | <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية<br>こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> مرض الزهري<br>はいどく 梅毒 |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك<br>その他                                             |                                                               |                                                                 |                                                |
| هل تعالج حالياً من أي مرض؟<br>げんざい ちりょう びょうき 現在治療している病気はありますか                       |                                                               | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい                              | <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ             |
| هل تشرب الكحول؟<br>さけ の お酒を飲みますか                                                    | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → _____ مليلتر/يوم<br>ml/日 |                                                                 | <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ             |
| هل تدخن؟<br>す たばこを吸いますか                                                             | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → _____ سيجارة/يوم<br>本/日  |                                                                 | <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ             |
| هل سبق لك ان أجريت عملية جراحية؟<br>しゆじゆつ う 手術を受けたことがありますか                          |                                                               | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい                              | <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ             |
| هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟<br>ますい なに 麻醉をして何かトラブルがありましたか        |                                                               | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい                              | <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ             |
| هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟<br>こんご づうやく じふん っ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか |                                                               |                                                                 |                                                |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ               |                                                               |                                                                 |                                                |

# الطب النفسي

せいしん かもんしんひょう  
精神科問診票

العربية  
أرالياة

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

|                                     |                                    |          |                                    |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------|------------------------------------|------------------------------------|
| الاسم<br>名前                         |                                    |          | <input type="checkbox"/> ذكر<br>男  | <input type="checkbox"/> أنثى<br>女 |
| تاريخ الميلاد<br>生年月日               | سنة<br>年                           | شهر<br>月 | يوم<br>日                           | الهاتف<br>電話                       |
| العنوان<br>住所                       |                                    |          |                                    |                                    |
| هل لديك تأمين صحي؟<br>健康保険を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい |          | <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |                                    |
| الجنسية<br>国籍                       |                                    |          | اللغة<br>言葉                        |                                    |

ما الذي تعاني منه؟  
どうしましたか

- |                                                                                                |                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> قلة النوم<br>眠れない                                                     | <input type="checkbox"/> التحدث أكثر من المعتاد<br>いつもよりよくしゃべる            |
| <input type="checkbox"/> القلق أو نوبات الذعر<br>不安やパニック発作                                     |                                                                           |
| <input type="checkbox"/> سماع أصوات, على الرغم من عدم وجود أحد في المكان.<br>まわりの人にいないのに声が聞こえる |                                                                           |
| <input type="checkbox"/> الشعور بالإكتئاب.<br>うつ気分                                             | <input type="checkbox"/> انخفاض الروح المعنوية.<br>元気がない                  |
| <input type="checkbox"/> الشعور بأنك مراقب.<br>人に見られている気がする                                    | <input type="checkbox"/> ارتفاع الروح المعنوية أكثر من اللازم.<br>元気が良すぎる |
| <input type="checkbox"/> فقدان الوعي.<br>意識がなくなる                                               | <input type="checkbox"/> الرغبة في الموت.<br>死にたい                         |
| <input type="checkbox"/> سرعة الانفعال.<br>興奮しやすい                                              | <input type="checkbox"/> اللجوء للعنف.<br>暴力をふるう                          |
| <input type="checkbox"/> أخرى<br>その他                                                           |                                                                           |

منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟  
それはいつからですか

منذ \_\_\_\_\_ سنة \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ يوم

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟  
薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ نعم  
はい → ☐ دواء  
薬 ☐ طعام  
食べ物 ☐ غير ذلك  
その他 ☐ لا  
いいえ

اسم الشخص المصاحب  
付き添いの氏名

علاقته بك  
本人との関係 ☐ من العائلة  
家族 ☐ الأصدقاء  
友人 ☐ أخرى  
その他 → ( )

من اقترح زيارتك لنا اليوم؟  
本日の受診はどなたの意志ですか

☐ أنت  
本人 ☐ العائلة  
家族 ☐ الأصدقاء  
友人 ☐ الشرطة  
警察 ☐ شخص ما في مكان عملك  
勤務先の人 ☐ أخرى  
その他 → ( )

ما هو الغرض من زيارة اليوم؟  
本日の受診の目的は何ですか

- |                                                    |                                                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> التشخيص<br>診断             | <input type="checkbox"/> الحصول على شهادة طبية<br>診断書     |
| <input type="checkbox"/> العلاج<br>治療              | <input type="checkbox"/> الإقامة في المستشفى للعلاج<br>入院 |
| <input type="checkbox"/> التعريف بمستشفى آخر<br>紹介 | <input type="checkbox"/> استشارة رأي آخر<br>セカンドオピニオン     |
| <input type="checkbox"/> أخرى<br>その他 → ( )         |                                                           |

هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟  
妊娠していますか、またその可能性はありますか

☐ نعم  
はい → \_\_\_\_\_ أشهر  
ヶ月 ☐ لا  
いいえ

هل تقومين بالإرضاع حالياً؟  
授乳中ですか

☐ نعم  
はい ☐ لا  
いいえ

هل تعالج حالياً من أي مرض؟  
現在治療している病気はありますか

☐ نعم  
はい → اسم المؤسسة الطبية  
医療機関名 ☐ لا  
いいえ

هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟  
現在飲んでいる薬はありますか

☐ نعم  
はい → يرجى عرضها علينا  
持っていれば見せてください ☐ لا  
いいえ

ما هي الأمراض التي كنت تعاني منها في الماضي؟ いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- |                                                                                                                            |                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> الجنون <small>にんちしょう</small> 認知症                                                                  | <input type="checkbox"/> إدمان الكحول أو المخدرات <small>アルコールや薬物依存</small> アルコールや薬物依存                                   |
| <input type="checkbox"/> اضطراب المزاج <small>きふんしょうがい</small> 気分障害 → <input type="checkbox"/> هوس <small>そうびょう</small> 躁病 | <input type="checkbox"/> ذهان الهوس <small>そううつびょう</small> 躁鬱病 <input type="checkbox"/> الإكتئاب <small>うつびょう</small> 鬱病 |
| <input type="checkbox"/> الذعر <small>パニック</small> パニック                                                                    | <input type="checkbox"/> الأرق <small>ふみんしょう</small> 不眠症                                                                 |
| <input type="checkbox"/> اضطراب الشخصية <small>パーソナリティー障害</small> パーソナリティー障害                                               | <input type="checkbox"/> اضطراب التطور المهاري <small>はったつしょうがい</small> 発達障害                                             |
| <input type="checkbox"/> التخلف العقلي <small>せいしんちたい</small> 精神遲滞                                                         | <input type="checkbox"/> الصرع <small>てんかん</small> てんかん                                                                  |
| <input type="checkbox"/> انفصام في الشخصية <small>とうごうしつちょうしょう</small> 統合失調症                                               | <input type="checkbox"/> اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه <small>ちゅういけつかんじょ たらどうせいしょうがい</small> 注意欠陥(如)多動性障害              |
| <input type="checkbox"/> أخرى <small>その他</small> → ( )                                                                     |                                                                                                                          |

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ こんご づうやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ نعم はい ☐ لا いいえ

〈2/2ページ〉



# قسم الأطفال

しょうに かもんしんひょう  
小児科問診票

العربية  
アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

|                                                                 |                                                                |       |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------|
| الاسم 名前                                                        | <input type="checkbox"/> ذكر 男 <input type="checkbox"/> أنثى 女 |       |
| تاريخ الميلاد 生年月日                                              | سنة 年                                                          | شهر 月 |
| العنوان 住所                                                      | الهاتف 電話                                                      |       |
| هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？                                |                                                                |       |
| <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |                                                                |       |
| الجنسية 国籍                                                      | اللغة 言葉                                                       |       |

ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか

- |                                                              |                                                             |                                      |                                             |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> حرارة (°C) 熱がある                     | <input type="checkbox"/> ألم بالحجارة 喉のどが痛い                | <input type="checkbox"/> سعال せき     | <input type="checkbox"/> تشنج けいけん          |
| <input type="checkbox"/> خمول/قلة نشاط 元気がない                 | <input type="checkbox"/> حاد الطبع 機嫌が悪い                    | <input type="checkbox"/> إنتفاخ むくみ  | <input type="checkbox"/> ألم في الرأس 頭の痛み  |
| <input type="checkbox"/> ألم في البطن お腹が痛い                  | <input type="checkbox"/> ألم في الصدر 胸が痛い                  | <input type="checkbox"/> طفح 発疹      | <input type="checkbox"/> ألم في المعدة 胃が痛い |
| <input type="checkbox"/> قيء 嘔吐                              | <input type="checkbox"/> فقدان الشهية (أخذ حليب قليل) 食欲がない | <input type="checkbox"/> غثيان 吐き気   | <input type="checkbox"/> دم مع البراز 血便    |
| <input type="checkbox"/> عدم زيادة الوزن بصورة كافية 体重の増加不良 | <input type="checkbox"/> إسهال 下痢                           | <input type="checkbox"/> غير ذلك その他 |                                             |
| <input type="checkbox"/> صعوبة في شرب اللبن ミルクの飲みが悪い        |                                                             |                                      |                                             |

منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟

منذ سنة 年 شهر 月 يوم 日

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- ☐ نعم はい → ☐ دواء 薬 ☐ البيض 卵 ☐ الحليب 牛乳 ☐ أطعمة أخرى その他の食べ物 ☐ غير ذلك その他 ☐ لا いいえ

هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟ 現在飲んでいる薬はありますか

- ☐ نعم はい → يرجى عرضها علينا ☐ لا いいえ

أي نوع من الأدوية الداخلية التي تتناولها (هو، هي) في الوقت الحاضر؟ どのような種類の薬が飲めますか

- ☐ شراب シロップ ☐ مسحوق 粉薬 ☐ قرص أو كبسولة 錠剤またはカプセル

كيف كانت حالة الولادة؟ 出産の時のようす

- وزن الطفل 赤ちゃんの体重 \_\_\_\_\_ g ☐ ولادة طبيعية 正常分娩 ☐ ولادة غير طبيعية 異常分娩 ☐ عملية قيصرية 帝王切開

لقاحات تم عملها (لقاحات) 接種済み予防接種

- |                                                                              |                                                   |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> لقاح Hib 三種混合                                       | <input type="checkbox"/> مكورة رئوية 肺炎球菌         | <input type="checkbox"/> شلل الأطفال ポリオ |
| <input type="checkbox"/> DPT (اللقاح الثلاثي المركب) 三種混合                    | <input type="checkbox"/> BCG BCG                  |                                          |
| <input type="checkbox"/> اللقاح الثلاثي لقاح الفئروسة السنجابية المعطلة 四種混合 | <input type="checkbox"/> جدري الماء 水ぼうそう         | <input type="checkbox"/> نكاف におたふく風邪    |
| <input type="checkbox"/> MR (مرض الحصبة، الحصبة الألمانية) 麻疹・風しん混合          | <input type="checkbox"/> الفيروسات العجلية 口タウィルス | <input type="checkbox"/> غير ذلك その他     |
| <input type="checkbox"/> التهاب الدماغ الياباني 日本脳炎                         |                                                   |                                          |

هل أصابك أي مرض في الماضي؟ 今までにかかった病気はありますか

- |                                           |                                                  |                                                 |                                                  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> حصبة ألمانية 風しん | <input type="checkbox"/> جدري ماء 水ぼうそう          | <input type="checkbox"/> حصبة 麻疹                | <input type="checkbox"/> ربو ぜんそく                |
| <input type="checkbox"/> نكاف におたふく風邪     | <input type="checkbox"/> سعال ديكى 百日ぜき          | <input type="checkbox"/> التهاب زائدة دودية 虫垂炎 | <input type="checkbox"/> MCLS (مرض كاواساكي) 川崎病 |
| <input type="checkbox"/> طفح جلدي 突発性発疹   | <input type="checkbox"/> التهاب دماغ ياباني 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> نوبة حمى 熱性けいれん        |                                                  |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك その他      |                                                  |                                                 |                                                  |

هل تعالج حالياً من أي مرض؟ 現在治療している病気はありますか

- ☐ نعم はい ☐ لا いいえ

هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟ 手術を受けたことがありますか

- ☐ نعم はい ☐ لا いいえ

هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟ 麻酔をして何かトラブルがありましたか

- ☐ نعم はい ☐ لا いいえ

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ 今後、通訳を自分で連れて来てことができますか

- ☐ نعم はい ☐ لا いいえ

# قسم الجلدية

ひ ふ か もんしんひょう  
皮膚科問診票

العربية  
アラビア語

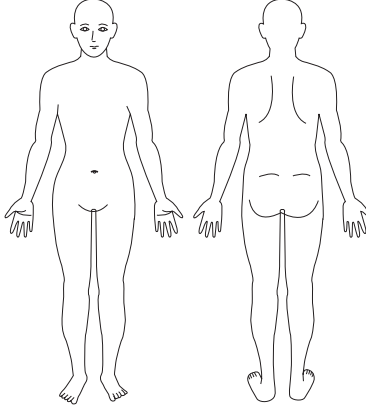
ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

|                                     |                                    |             |                                    |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------------------------|------------------------------------|
| الاسم<br>名前                         |                                    |             | <input type="checkbox"/> ذكر<br>男  | <input type="checkbox"/> أنثى<br>女 |
| تاريخ الميلاد<br>生年月日               | سنة<br>年                           | شهر<br>月    | يوم<br>日                           | الهاتف<br>電話                       |
| العنوان<br>住所                       |                                    |             |                                    |                                    |
| هل لديك تأمين صحي؟<br>健康保険を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい |             | <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |                                    |
| الجنسية<br>国籍                       |                                    | اللغة<br>言葉 |                                    |                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| ما الذي تعاني منه؟<br>どうしましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ضع دائرة على الجزء الذي تشعر بالألم فيه<br>症状のあるところに丸をしてください                         |
| <input type="checkbox"/> حرارة (℃) 熱がある<br><input type="checkbox"/> حرق やけど<br><input type="checkbox"/> كدمات ぶつけ<br><input type="checkbox"/> فطريات قدم 水虫<br><input type="checkbox"/> ألم 痛い<br><input type="checkbox"/> طفح ورم 発しん<br><input type="checkbox"/> خال (شامة) ぼくろ<br><input type="checkbox"/> نضج じくじくしている<br><input type="checkbox"/> حكة かゆい<br><input type="checkbox"/> أكزيما 湿しん<br><input type="checkbox"/> بثرة كبد しみ<br><input type="checkbox"/> غير ذلك その他                                               |  |
| منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟<br>それはいつからですか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |
| منذ<br>年<br>月<br>日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                      |
| هل حدث تغيير في الأعراض؟<br>その症状は変化していますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |
| هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟<br>薬や食べ物でアレルギーが出ますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → <input type="checkbox"/> دواء<br>薬 <input type="checkbox"/> طعام<br>食べ物 <input type="checkbox"/> غير ذلك<br>その他 <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      |
| هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟<br>現在飲んでいる薬はありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      |
| هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟<br>妊娠していますか、またその可能性はありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      |
| هل تقومين بالإرضاع حالياً؟<br>授乳中ですか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                |
| هل أصابك أي مرض في الماضي؟<br>今までにかかった病気はありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء<br>胃腸の病気<br><input type="checkbox"/> أمراض الكبد<br>肝臓の病気<br><input type="checkbox"/> أمراض القلب<br>心臓の病気<br><input type="checkbox"/> أمراض الكلى<br>腎臓の病気<br><input type="checkbox"/> تدرن<br>結核<br><input type="checkbox"/> سكري<br>糖尿病<br><input type="checkbox"/> ضغط دم عالي<br>高血圧症<br><input type="checkbox"/> أيدز<br>エイズ<br><input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية<br>甲状腺の病気<br><input type="checkbox"/> مرض الزهري<br>梅毒<br><input type="checkbox"/> غير ذلك<br>その他 |                                                                                      |
| هل تعالج حالياً من أي مرض؟<br>現在治療している病気はありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                |
| هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟<br>手術を受けたことがありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                |
| هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟<br>麻酔をして何かトラブルがありましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                |
| هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟<br>今後、通訳を自分で連れてくることができますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |

## قسم النسائية والتوليد

さん ふ じん か もんしんひょう  
産婦人科問診票العربية  
アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة 年

شهر 月

يوم 日

|                                  |                                                                 |       |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|
| الاسم 名前                         | <input type="checkbox"/> ذكر 男 <input type="checkbox"/> أنثى 女  |       |
| تاريخ الميلاد 生年月日               | سنة 年                                                           | شهر 月 |
| العنوان 住所                       | الهاتف 電話                                                       |       |
| هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |       |
| الجنسية 国籍                       | اللغة 言葉                                                        |       |
| الطول 身長                         | الوزن 体重                                                        | kg    |

|                                                                 |                                                                                                                                                  |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか                                      |                                                                                                                                                  |                                                 |
| <input type="checkbox"/> حامل 妊娠                                | <input type="checkbox"/> دورة شهرية غير منتظمة 月経の異常                                                                                             | <input type="checkbox"/> إفرازات مهبلية おりもの    |
| <input type="checkbox"/> نزيف خفيف غير منتظم 不正性器出血             | <input type="checkbox"/> ورم في الغشاء المخاطي ポリープ                                                                                              | <input type="checkbox"/> انتفاخ المبيض 卵巣の腫瘍    |
| <input type="checkbox"/> حكة مهبلية 性器のかゆみ                      | <input type="checkbox"/> ورم في الرحم 子宮筋腫                                                                                                       | <input type="checkbox"/> فحص سرطان がん検診         |
| <input type="checkbox"/> عدم حمل 不妊症                            | <input type="checkbox"/> الأنيميا 貧血                                                                                                             | <input type="checkbox"/> غير ذلك その他            |
| حول الدورة الشهرية 生理について                                       |                                                                                                                                                  |                                                 |
| متى كانت أول دورة شهرية لديك؟ 初め生理があったのはいつですか                   | العمر さい                                                                                                                                         |                                                 |
| متى كان انقطاع الطمث لديك؟ 閉経はいつですか                             | العمر さい                                                                                                                                         |                                                 |
| هل دورتك الشهرية منتظمة؟ 生理は順調ですか                               | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                                                  |                                                 |
| الفترة 周期について                                                   | <input type="checkbox"/> 28 يوم 28日型 <input type="checkbox"/> 30 يوم 30日型 <input type="checkbox"/> يوم 日型 <input type="checkbox"/> غير منتظمة 不順 |                                                 |
| آخر فترة 生理の期間について                                              | يوم 日間                                                                                                                                           |                                                 |
| كمية الدورة 生理の量について                                            | <input type="checkbox"/> كثيرة 多い <input type="checkbox"/> اعتيادية 普通 <input type="checkbox"/> خفيفة 少ない                                        |                                                 |
| هل تعاني من آلام أثناء الدورة؟ 生理痛はありますか                        |                                                                                                                                                  |                                                 |
| متى كانت آخر دورة لك؟ 最終月経は                                     | شهر 月                                                                                                                                            |                                                 |
| هل هنالك تجربه للعلاقه الجنسيه ؟ 性交経験はありますか                     | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                                                  |                                                 |
| تاريخ الحمل 妊娠した回数                                              |                                                                                                                                                  |                                                 |
| <input type="checkbox"/> حمل 妊娠 回                               | <input type="checkbox"/> ولادة عادية 正常分娩 回                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ولادة غير عادية 異常分娩 回 |
| <input type="checkbox"/> ولادة 分娩 回                             | <input type="checkbox"/> اسقاط طبيعي 自然流産 回                                                                                                      | <input type="checkbox"/> اسقاط صناعي 人工流産 回     |
| <input type="checkbox"/> اسقاط 流産 回                             | <input type="checkbox"/> حمل خارج الرحم 子宮外妊娠                                                                                                    | <input type="checkbox"/> حمل عنقودي 胎状奇胎        |
| هل تريدان الولادة في هذا المستشفى؟ 妊娠の方は当院での出産を希望しますか           |                                                                                                                                                  |                                                 |
| <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |                                                                                                                                                  |                                                 |
| هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか             |                                                                                                                                                  |                                                 |
| <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |                                                                                                                                                  |                                                 |
| هل تتناولين أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟ 現在飲んでいる薬はありますか    |                                                                                                                                                  |                                                 |
| <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |                                                                                                                                                  |                                                 |
| هل سبق أن قمت بفحص بخصوص السرطان؟ がん検診を受けたことがありますか              |                                                                                                                                                  |                                                 |
| <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |                                                                                                                                                  |                                                 |

هل أصابك أي مرض في الماضي؟

いま びょうき 今までにかった病気はありますか

☐ اضطرابات بالمعدة والأمعاء

いちょう びょうき 胃腸の病気

☐ أمراض الكبد

かんぞう びょうき 肝臓の病気

☐ أمراض القلب

しんぞう びょうき 心臓の病気

☐ أمراض الكلى

しんぞう びょうき 腎臓の病気

☐ تدرن

けっかく 結核

☐ سكري

とうようびょう 糖尿病

☐ ضغط دم عالي

こうけつあつしょう 高血圧症

☐ أيدز

エイズ

☐ مشاكل غدة درقية

こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気

☐ غير ذلك

その他

☐ ربو

ぜんそく

☐ مرض تناسلي

せいびょう 性病

هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟

しゅじゅつ う 手術を受けたことがありますか(2ページ)

☐ نعمはい

☐ لاいいえ

هل سبق أن تم إجراء نقل دم لك؟

ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか

☐ نعمはい

☐ لاいいえ

تاريخ الحالة المرضية للعائلة: اذكر العمر ثم أشر على أية أمراض كانت في عائلتك بعلامة

かぞく びょうれき 家族の病歴

|                    | العمر<br>ねんれい 年齢 | بصحة جيدة<br>けんこう 健康     | ليس بصحة جيدة<br>けんこう 健康ではない | مرض وراثي<br>いでんびょう 遺伝病  | ارتفاع ضغط الدم<br>こうけつあつ 高血圧 | داء السكري<br>とうようびょう 糖尿病 | سرطان<br>がん              |
|--------------------|------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| الأب<br>ちち 父       | ( )              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| الأم<br>はは 母       | ( )              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| الأخوة<br>きょうだい 兄弟 | ( )              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| الأخوات<br>しまい 姉妹  | ( )              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| الزوج<br>おっと 夫     | ( )              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| الأولاد<br>こども 子   | ( )              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟

こんご づうやく じふん 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ نعمはい

☐ لاいいえ

# قسم العيون

がん か もんしんひょう  
眼科問診票

العربية  
アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة 年

شهر 月

يوم 日

|                                  |                                                                |                                                                 |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| الاسم 名前                         | <input type="checkbox"/> ذكر 男 <input type="checkbox"/> أنثى 女 |                                                                 |
| تاريخ الميلاد 生年月日               | سنة 年                                                          | شهر 月 يوم 日                                                     |
| العنوان 住所                       | الهاتف 電話                                                      |                                                                 |
| هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？ |                                                                | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ |
| الجنسية 国籍                       | اللغة 言葉                                                       |                                                                 |

ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか

|                                                        |                                               |                                            |                                             |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> العين اليمنى 右眼               | <input type="checkbox"/> العين اليسرى 左眼      | <input type="checkbox"/> كلا العينين 両眼    | <input type="checkbox"/> العيون تدمع 涙が出る   |
| <input type="checkbox"/> ألم 痛い                        | <input type="checkbox"/> مادة مخاطية 目やに      | <input type="checkbox"/> إنتفاخ 是れもの       | <input type="checkbox"/> صعوبة الرؤية 見えにくい |
| <input type="checkbox"/> دخول جسم غريب في العين ゴロゴロする | <input type="checkbox"/> رؤية مزدوجة 物が二重に見える | <input type="checkbox"/> حساسية للضوء まぶしい | <input type="checkbox"/> غير ذلك その他        |

منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟ それはいつからですか

منذ \_\_\_\_\_ سنة 年 \_\_\_\_\_ شهر 月 \_\_\_\_\_ يوم 日

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ نعم はい → ☐ دواء 薬 ☐ طعام 食べ物 ☐ غير ذلك その他 ☐ لا いいえ

هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟ 現在飲んでいる薬はありますか

☐ نعم はい → ☐ لا いいえ إذا كان لديك أية أدوية يرجى عرضها علينا

هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか

☐ نعم はい → \_\_\_\_\_ أشهر ヶ月 ☐ لا いいえ

هل تقومين بالإرضاع حالياً؟ 授乳中ですか ☐ نعم はい ☐ لا いいえ

هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟ 麻酔をして何かトラブルがありましたか ☐ نعم はい ☐ لا いいえ

هل أصابك أي مرض في الماضي؟ 今までにかかった病気はありますか

|                                                          |                                            |                                                 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> أمراض الكبد 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> أمراض القلب 心臓の病気      |
| <input type="checkbox"/> أمراض الكلى 腎臓の病気               | <input type="checkbox"/> تدرن 結核           | <input type="checkbox"/> سكري 糖尿病               |
| <input type="checkbox"/> ضغط دم عالي 高血圧症                | <input type="checkbox"/> أيدز エイズ          | <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية 甲状腺の病気 |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك その他                     |                                            | <input type="checkbox"/> مرض الزهري 梅毒          |

هل تعالج حالياً من أي مرض؟ 現在治療している病気はありますか ☐ نعم はい ☐ لا いいえ

هل هناك أحد من عائلتك مصاب بمرض عيون؟ 家族で目の病気の人がありますか

☐ نعم いる → من 誰が \_\_\_\_\_ ماذا それはどんな病気ですか \_\_\_\_\_

☐ لا いない

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ 今後、通訳を自分で連れて来てことができますか

☐ نعم はい ☐ لا いいえ

# قسم الأذن و الأنف و الحنجرة

耳鼻咽喉科問診票

العربية  
アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

|                                     |                                    |          |                                    |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------|------------------------------------|------------------------------------|
| الاسم<br>名前                         |                                    |          | <input type="checkbox"/> ذكر<br>男  | <input type="checkbox"/> أنثى<br>女 |
| تاريخ الميلاد<br>生年月日               | سنة<br>年                           | شهر<br>月 | يوم<br>日                           | الهاتف<br>電話                       |
| العنوان<br>住所                       |                                    |          |                                    |                                    |
| هل لديك تأمين صحي؟<br>健康保険を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい |          | <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |                                    |
| الجنسية<br>国籍                       | اللغة<br>言葉                        |          |                                    |                                    |

|                                                                                                                                                                                         |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
| ما الذي تعاني منه؟<br>どうしましたか                                                                                                                                                           |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> حرارة (°C) 熱がある<br><input type="checkbox"/> صداع<br>عندي 頭痛                                                                                                    |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| أعراض الأذن<br>耳の症状                                                                                                                                                                     |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> اليمنى<br>右                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> اليسرى<br>左                                     | <input type="checkbox"/> كلاهما<br>両方                                   | <input type="checkbox"/> ألم بالأذن<br>耳が痛い                           |  |
| <input type="checkbox"/> رشح أذن<br>耳だれ                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> طنين بالأذن<br>耳なり                              | <input type="checkbox"/> تشمع<br>耳あか                                    | <input type="checkbox"/> شعور بالدوار والدوخة<br>めまい                  |  |
| <input type="checkbox"/> صعوبة بالسمع<br>聞こえが悪い                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> أشعر بانسداد بالأذن<br>耳がふさがった感じ                |                                                                         |                                                                       |  |
| أعراض الأنف<br>鼻の症状                                                                                                                                                                     |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> انسداد الأنف<br>鼻がつまる                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> رشح من الأنف<br>鼻がでる                            | <input type="checkbox"/> عطاس<br>くしゃみ                                   | <input type="checkbox"/> نزف أنف<br>鼻血                                |  |
| <input type="checkbox"/> شخير<br>いびき                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> عدم القدرة على الشم<br>においがわからない                |                                                                         |                                                                       |  |
| أعراض الحنجرة<br>のどの症状                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> ألم في اللسان<br>舌が痛い                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ألم في الحنجرة<br>のどが痛い                         | <input type="checkbox"/> سعال<br>せき                                     | <input type="checkbox"/> بلغم<br>たん                                   |  |
| <input type="checkbox"/> الحنجرة<br>嚥しにくい                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> أشعر وكأن شيئاً ما عالق في الحنجرة<br>のどに何かある感じ | <input type="checkbox"/> خشونة في الصوت<br>こえがかれる                       |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> صعوبة في الابتلاع<br>飲み込みにくい                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> انتفاخ في الوجه/العنق<br>顔・頸部(くび)の腫れ            |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك<br>その他                                                                                                                                                 |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| ما تشعر به؟<br>それはいつからですか                                                                                                                                                               |                                                                          | منذ<br>年 月 日                                                            |                                                                       |  |
| هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟<br>薬や食べ物でアレルギーが出ますか                                                                                                                                  |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → <input type="checkbox"/> دواء<br>薬 <input type="checkbox"/> طعام<br>食べ物 <input type="checkbox"/> غير ذلك<br>その他 <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟<br>現在飲んでいる薬はありますか                                                                                                                           |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                                                                                                                 |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟<br>妊娠していますか、またその可能性はありますか                                                                                                                  |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                                                                                                                 |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| هل تقومين بالإرضاع حالياً؟<br>授乳中ですか                                                                                                                                                    |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                                                                                                                   |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| هل تشرب الكحول؟<br>お酒を飲みますか                                                                                                                                                             |                                                                          | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |                                                                       |  |
| هل تدخن؟<br>たばこを吸いますか                                                                                                                                                                   |                                                                          | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい → <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |                                                                       |  |
| هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟<br>手術を受けたことがありますか                                                                                                                                      |                                                                          |                                                                         | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |  |
| هل سبق أن تم إجراء نقل دم لك؟<br>輸血を受けたことがありますか                                                                                                                                         |                                                                          |                                                                         | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |  |
| هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟<br>麻酔をして何かトラブルがありましたか                                                                                                                   |                                                                          |                                                                         | <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ |  |
| هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟<br>今後、通訳を自分で連れて来てことができますか                                                                                                                    |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> نعم<br>はい <input type="checkbox"/> لا<br>いいえ                                                                                                                   |                                                                          |                                                                         |                                                                       |  |



# قسم الأسنان

し か もんしんひょう  
歯科問診票

العربية  
أرابتيا لؤ

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة 年

شهر 月

يوم 日

|                                  |                                 |       |                                 |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|
| الاسم 名前                         |                                 |       | <input type="checkbox"/> ذكر 男  | <input type="checkbox"/> أنثى 女 |
| تاريخ الميلاد 生年月日               | سنة 年                           | شهر 月 | يوم 日                           | الهاتف 電話                       |
| العنوان 住所                       |                                 |       |                                 |                                 |
| هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> نعم はい |       | <input type="checkbox"/> لا いいえ |                                 |
| الجنسية 国籍                       | اللغة 言葉                        |       |                                 |                                 |

|                                                                                                                                         |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか                                                                                                              |                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> ألم بالأسنان 歯が痛い                                                                                              | <input type="checkbox"/> سقوط حشوة السن 詰め物がとれた                                           |
| <input type="checkbox"/> ألم أو نزف في اللثة 歯ぐきが痛い                                                                                     | <input type="checkbox"/> حدوث تلف في طقم الأسنان 入れ歯がこわれた                                 |
| <input type="checkbox"/> تريد عمل حشوة للسن 虫歯を治してほしい                                                                                   | <input type="checkbox"/> عمل طقم أسنان جديد 入れ歯を作りたい                                      |
| <input type="checkbox"/> تثبيت الأسنان غير الجيدة 歯並びを治したい                                                                              | <input type="checkbox"/> فحص عام للأسنان 検診                                               |
| <input type="checkbox"/> إزالة التلكس والتصلب) تنظيف الأسنان 歯石・歯垢を取りたい                                                                 | <input type="checkbox"/> رائحة فم كريهة 口臭                                                |
| <input type="checkbox"/> هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか                                                            | <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他                                                       |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → <input type="checkbox"/> دواء 薬 <input type="checkbox"/> طعام 食べ物 <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他 | <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                           |
| هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟ 現在飲んでいる薬はありますか                                                                              |                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → <input type="checkbox"/> عرضها علينا يرجى                                                             | <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                           |
| هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟ 麻酔をして何かトラブルがありましたか                                                                      | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                           |
| هل قمت بقلع سن في السابق؟ 歯を抜いたことがありますか                                                                                                 | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                           |
| هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか                                                                     |                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> نعم はい → <input type="checkbox"/> أشهر ヶ月                                                                      | <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                           |
| هل تقومين بالإرضاع حالياً؟ 授乳中ですか                                                                                                       | <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                           |
| هل أصابك أي مرض في الماضي؟ 今までにかかった病気はありますか                                                                                             |                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء 胃腸の病気                                                                                | <input type="checkbox"/> أمراض الكبد 肝臓の病気                                                |
| <input type="checkbox"/> أمراض القلب 心臓の病気                                                                                              | <input type="checkbox"/> أمراض الكلى 腎臓の病気                                                |
| <input type="checkbox"/> سكري 糖尿病                                                                                                       | <input type="checkbox"/> تدرن 結核                                                          |
| <input type="checkbox"/> مرض الزهري 梅毒                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ضغط دم عالي 高血圧症                                                 |
| <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية 甲状腺の病気                                                                                         | <input type="checkbox"/> أيدز エイズ                                                         |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他                                                                                                     |                                                                                           |
| هل تعالج حالياً من أي مرض؟ 現在治療している病気はありますか                                                                                             |                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                                         |                                                                                           |
| ما نوع المعالجة التي تريدها؟ 治療に対する希望                                                                                                   |                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> أود معالجة جميع أسناني الغير جيدة 悪いところは全て治したい                                                                 | <input type="checkbox"/> لا أفضل قلع السن ما لم يكن لابد من ذلك. 今痛い歯だけを治したい              |
| <input type="checkbox"/> سوف أدفع جميع الكلفة بنفسني. 自費診療でもかまわない                                                                       | <input type="checkbox"/> أريد معالجة بحدود المبلغ الذي يسمح به التأمين الصحي. 保険の範囲内で治したい |
| <input type="checkbox"/> أود تحديد نوع المعالجة بعد التحدث مع الطبيب. 相談して決めたい                                                          |                                                                                           |
| هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ 今後、通訳を自分で連れて来てことができますか                                                                       |                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ                                                                         |                                                                                           |