MEDECINE GENERALE

内科問診票

français
フランス語

Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?		□Oui はい	□Non いいえ
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか

□fièvres(　　℃) 熱がある　□mal de gorge のどが痛い　□toux せき　□mal de tête 頭が痛い
□mal de poitrine 胸が痛い　□éruptions cutanées 発しん　□palpitations 動悸　□essoufflements 息切れ
□œdème むくみ　□vertiges めまい　□poitrine oppressée 胸が苦しい　□mal de ventre お腹が痛い
□mal à l´estomac 胃が痛い　□hypertension 高血圧　□engourdissements しびれ　□soif excessive 口が渇く
□perte de poids 体重が減っている　□ventre dilaté お腹が張る　□manque d´appétit 食欲がない
□vomissements 嘔吐　□nausées 吐き気　□diarrhée 下痢　□selles sanglantes 血便
□langueur だるい　□se fatiguer facilement 疲れやすい　□autres その他

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか

Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬　□aliments 食べ物　□autres その他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Oui はい → _____ mois ヶ月　□Non いいえ

Allaitez- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか　□Oui はい　□Non いいえ

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気　□maladie hépatique 肝臓の病気　□maladie cardiaque 心臓の病気
□maladie rénale 腎臓の病気　□tuberculose 結核　□diabète 糖尿病　□asthme ぜんそく
□hypertension 高血圧症　□SIDA エイズ　□problème thyroïdien 甲状腺の病気　□syphilis 梅毒
□autres その他

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか　□Oui はい　□Non いいえ

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか　□Oui はい　□Non いいえ

Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine? 輸血を受けたことがありますか　□Oui はい　□Non いいえ

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　□Non いいえ

© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団

CHIRURGIE
外科問診票

français
フランス語

Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

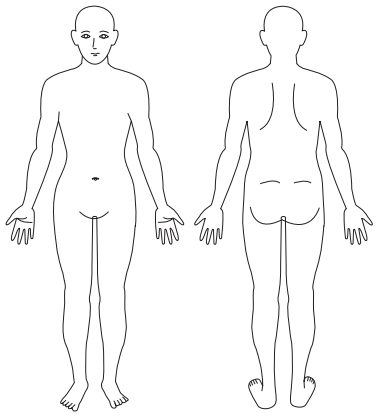
Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	□Oui はい	□Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか

□fièvres(℃) 熱がある　□mal de ventre お腹が痛い　□blessures けが
□brûlures やけど　□sclérose しこり　□engourdissement しびれ
□entorse ひねった　□perte de poids 体重が減っている　□démangeaisons かゆい
□calcul biliaire 胆石　□hématome 腫れ　□hémorroïdes 痔
□selles sanglantes 血便　□gorge(glande thyroïde) のど(甲状腺)
□rupture(hernie) 脱腸(ヘルニア)　□autres その他

□cou 首　□poumon 肺　□poitrine 乳房
□estomac 胃　□nombril へそ　□intestins 腸



Indiquez par un cercle sur le dessin ci-dessus.
症状のあるところに丸をしてください

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか

Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬　□aliments 食べ物　□autres その他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Oui はい → _____ mois ヶ月　□Non いいえ

Allaitez- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか	□Oui はい　□Non いいえ

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気　□maladie hépatique 肝臓の病気　□maladie cardiaque 心臓の病気
□maladie rénale 腎臓の病気　□tuberculose 結核　□diabète 糖尿病　□asthme ぜんそく
□hypertension 高血圧症　□SIDA エイズ　□problème thyroïdien 甲状腺の病気　□syphilis 梅毒
□autres その他

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine? 輸血を受けたことがありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Oui はい　□Non いいえ

Ecrivez si vous êtes en possession d'une lettre de recommandation pour cet hôpital. 紹介状のある方だけ書いてください

Êtes-vous en possession d'une radiographie? レントゲンフィルムを持っていますか	□Oui はい　□Non いいえ
Êtes-vous en possession des résultats d'une endoscopie récente? 内視鏡フィルムを持っていますか	□Oui はい　□Non いいえ

© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか
□Oui はい　　□Non いいえ

http://www.kifjp.org/medical　© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団　〈2017.12〉

ORTHOPEDIE

整形外科問診票

français
フランス語

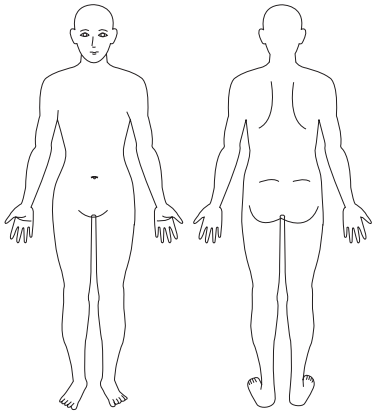
Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?		□Oui はい	□Non いいえ
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか

□fièvres(　　℃) 熱がある
□douleur 痛み
□blessures けが
□brûlures やけど
□sclérose しこり
□gonflement はれもの
□démangeaisons かゆい
□engourdissement しびれ
□entorse ひねった
□perte de poids 体重が減っている
□autres その他



Indiquez par un cercle sur le dessin ci- dessus.
症状のあるところに丸をしてください

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか

Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬 □aliments 食べ物 □autres その他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Oui はい → _____ mois ヶ月　□Non いいえ

Allaitez- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか	□Oui はい　□Non いいえ

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気
□maladie hépatique 肝臓の病気
□maladie cardiaque 心臓の病気
□maladie rénale 腎臓の病気
□tuberculose 結核
□diabète 糖尿病
□asthme ぜんそく
□hypertension 高血圧症
□SIDA エイズ
□problème thyroïdien 甲状腺の病気
□syphilis 梅毒
□autres その他

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine? 輸血を受けたことがありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Oui はい　□Non いいえ

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　□Non いいえ

© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団

NEUROCHIRURGIE

脳神経外科問診票

français
フランス語

Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください　　Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	□Oui はい	□Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか

□mal de tête 頭が痛い　□vertiges めまい　□nausées 吐き気　□vomissements 嘔吐
□bourdonnements d'oreille 耳鳴り　□épaules contractées 肩こり　□engourdissements しびれ
□frissons des membres 手足のふるえ　□perte de connaissance 意識がなくなる
□difficulté à entendre 聞こえにくい　□difficultés à voir 物が見えにくい　□difficultés à marcher 歩きにくい
□difficulté à bouger les membres 手足の動きが悪い　□autres その他

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか　Depuis_____année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Vous êtes- vous heurté la tête? 頭をぶつけましたか

□Oui はい → _____ année 年_____ mois 月 _____ jour 日から　□Non いいえ

Quelle partie de votre tête? どこをぶつけましたか　□devant 前頭部　□derrière 後頭部　□côté droit 右横　□côté gauche 左横

Est-ce dû à un accident de la circulation? 交通事故ですか　□Oui はい　□Non いいえ

Repondez à ces questions, si vous avez mal à la tête. 頭が痛い方への質問です

Où avez- vous mal? どこが痛みますか

□devant 前頭部　□derrière 後頭部　□côté droit 右横　□côté gauche 左横　□toute la tête 頭全体

Type de douleur? どのように痛みますか

□sourde ズキンズキン　□aigüe ガンガン　□martelante ガーンと割れるように
□lancinante キリキリ　□piquante チクチク　□autres その他

Quand avez-vous vraiment mal? いつが一番痛いですか

□matin 朝　□journée 昼　□soir 夕方　□toute la journée 一日中

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬　□aliments 食べ物　□autres その他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Oui はい → _____ mois ヶ月　□Non いいえ

Allaitez- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか　□Oui はい　□Non いいえ

http://www.kifjp.org/medical　© Heart NPO法人国際交流ハーティ港南台& KIF (公財)かながわ国際交流財団

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気　□maladie hépatique 肝臓の病気　□maladie cardiaque 心臓の病気
□maladie rénale 腎臓の病気　□tuberculose 結核　□diabète 糖尿病　□asthme ぜんそく
□hypertension 高血圧症　□SIDA エイズ　□problème thyroïdien 甲状腺の病気　□syphilis 梅毒
□autres その他

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか	□Oui はい	□Non いいえ
Vous buvez de l'alcool? お酒を飲みますか	□Oui はい → _____ ml/ par jour ml/日	□Non いいえ
Vous fumez? たばこを吸いますか	□Oui はい → _____ cigarettes /par jour 本/日	□Non いいえ
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか	□Oui はい	□Non いいえ
Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Oui はい	□Non いいえ

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　□Non いいえ

http://www.kifjp.org/medical　© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団　〈2017.12〉

PSYCHIATRIE
精神科問診票

français
フランス語

Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください　　Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	□Oui はい	□Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか

□je dors mal 眠れない
□je parle plus que d'habitude いつもよりよくしゃべる
□j'ai des crises d'anxiété ou de panique 不安やパニック発作
□j'entends des voix alors que je suis seul(e) 周りに人がいないのに声が聞こえる
□je me sens déprimé(e) うつ気分
□je me sens faible 元気がない
□je me sens observé(e) 人に見られている気がする
□J'ai trop de vigueur 元気が良すぎる
□je perds connaissance 意識がなくなる
□je veux mourir 死にたい
□je m'énerve facilement 興奮しやすい
□je subis des violences 暴力をふるう
□autres その他

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか

Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬 □aliments 食べ物 □autres その他　　□Non いいえ

Nom de l'accompagnateur 付添者の氏名	
Nature de la relation avec l'accompagnateur 本人との関係	□famille 家族 □ami(e) 友人 □autre その他 → ( )

Qui vous a conseillé de venir aujourd'hui? 本日の受診はどなたの意志ですか

□vous 本人　□famille 家族　□ami(e) 友人　□police 警察　□collègue 勤務先の人
□autre その他 → ( )

Qu'attendez-vous de la visite d'aujourd'hui ? 本日の受診の目的は何ですか

□diagnostic 診断
□certificat médical 診断書
□traitement 治療
□hospitalisation 入院
□demander le transfert vers un autre établissement 紹介
□deuxième avis セカンドオピニオン
□autres その他 → ( )

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Oui はい → _____ mois ヶ月　　□Non いいえ

Allaitez- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか　□Oui はい　□Non いいえ

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか

□Oui はい → nom de l'établissement médical 医療機関名　　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　　□Non いいえ

http://www.kifjp.org/medical　© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団　〈2022.05〉

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□démence 認知症
□dépendance à l'alcool ou à la drogue アルコールや薬物依存
□trouble de l'humeur 気分障害 → □manie 躁病 □trouble bipolaire 躁鬱病 □dépression 鬱病
□panique パニック
□insomnie 不眠症
□trouble de la personnalité パーソナリティー障害
□trouble du développement 発達障害
□retard mental 精神遅滞
□épilepsie てんかん
□schizophrénie 統合失調症
□THADA 注意欠陥(如)多動性障害
□autres その他 → (　　)

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　　□Non いいえ

http://www.kifjp.org/medical　© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団　〈2022.05〉

PEDIATRIE
小児科問診票

français
フランス語

Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom de l'enfant 子どもの名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	âge年齢	
Adresse 住所		Téléphone 電話	
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?		□Oui はい	□Non いいえ
Nationalité 国籍		Language 言葉	

Symptômes どうしましたか

□fièvres(　　℃) 熱がある　□mal de gorge のどが痛い　□toux せき　□convulsions ひきつけをおこす
□apathie 元気がない　□Irritabilité 機嫌が悪い　□œdème むくみ　□mal de tête 頭が痛い
□mal de ventre お腹が痛い　□mal de poitrine 胸が痛い　□éruptions cutanées 発しん　□mal à l'estomac 胃が痛い
□vomissements 嘔吐　□manque d'appétit 食欲がない　□nausées 吐き気
□prise de poids insuffisante 体重の増加不良　□diarrhée 下痢　□selles sanglantes 血便
□difficulté à boire le lait ミルクの飲みが悪い　□autres その他

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか　Depuis_____année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬　□oeufs 卵　□lait 牛乳　□autres aliments その他の食べ物　□autresその他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Quel type de médicaments pouvez- vous prendre? どんな種類の薬が飲めますか

□sirop シロップ　□poudre 粉薬　□comprimé/capsule 錠剤またはカプセル

Comment s'est passé l'accouchement? 出産の時のようす

poids du bébé _____g 赤ちゃんの体重　âge de la mère _____ 母親の年齢
□accouchement normal 正常分娩　□accouchement anormal 異常分娩　□césarienne 帝王切開

Vaccins déjà inoculés 接種済み予防接種

□haemophilus influenzae de type b ヒブ　□pneumocoque 肺炎球菌　□poliomyélite ポリオ
□DPT 三種混合　□DPT-IPV 四種混合　□BCG BCG
□MR (rougeole, rubéole) 麻しん・風しん混合　□varicelle 水ぼうそう　□oreillons おたふく風邪
□encéphalite japonaise 日本脳炎　□rotavirus ロタウィルス
□autres その他

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□rubéole 風しん　□varicelle 水ぼうそう　□rougeole 麻しん　□asthme ぜんそく
□oreillons おたふく風邪　□coqueluche 百日ぜき　□appendicite 虫垂炎　□MCLS 川崎病
□rougeur cutanée subite 突発性発しん　□encéphalite japonaise 日本脳炎
□convulsion fébrile 熱性けいれん　□autres その他

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Avez- vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Oui はい　□Non いいえ

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　□Non いいえ

© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団

DERMATOLOGIE
皮膚科問診票

français
フランス語

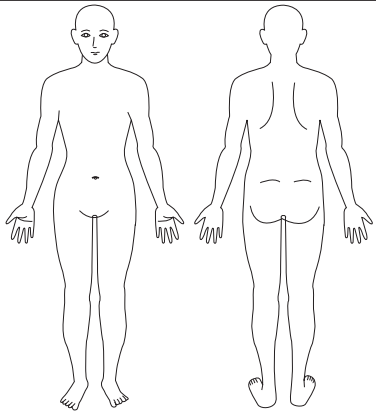
Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	□Oui はい □Non いいえ		
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか

□fièvres(℃) 熱がある　□douleur 痛い　□démangeaisons かゆい
□brûlure やけど　□éruptions cutanées 発しん　□eczéma 湿しん
□bleus あざ　□grain de beauté ほくろ　□tâches しみ
□pied d'athlète(mycose) 水虫　□Purulence じくじくしている　□autres その他



Indiquez par un cercle sur le dessin ci- dessus.
症状のあるところに丸をしてください

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか

Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Les symptômes ont-ils changé? その症状は変化していますか

□Oui はい　□Non いいえ

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬　□aliments 食べ物　□autres その他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Oui はい → _____ mois ヶ月　□Non いいえ

Allaitez- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか　□Oui はい　□Non いいえ

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気　□maladie hépatique 肝臓の病気　□maladie cardiaque 心臓の病気
□maladie rénale 腎臓の病気　□tuberculose 結核　□diabète 糖尿病　□asthme ぜんそく
□hypertension 高血圧症　□SIDA エイズ　□problème thyroïdien 甲状腺の病気　□syphilis 梅毒
□autres その他

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか　□Oui はい　□Non いいえ

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか　□Oui はい　□Non いいえ

Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか　□Oui はい　□Non いいえ

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　□Non いいえ

© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

産婦人科問診票

français
フランス語

Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	□Oui はい	□Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	
Taille 身長	cm	Poids 体重	kg

Symptômes どうしましたか

□grossesse 妊娠　□règles irrégulières 月経の異常　□écoulement vaginal おりもの
□douleur dans le bas du ventre 下腹部が痛い　□saignements irrégulières 不正性器出血　□polypes ポリープ
□kyste de l'ovaire 卵巣のう腫瘍　□démangeaisons vaginales 性器のかゆみ　□fibrome utérin 子宮筋腫
□dépistage du cancer がん検診　□stérilité 不妊症　□anémie 貧血　□autres その他

Concernant la menstruation (règles) 生理について

Quand avez-vous eu vos premières règles? 初めて生理があったのはいつですか	Age _____ ans 才
Quand avez-vous été ménopausée? 閉経はいつですか	Age _____ ans 才
Vos règles sont-elles régulières? 生理は順調ですか	□Oui はい　□Non いいえ
Durée du cycle menstruel 周期について	□28jours 28日型　□30jours 30日型　□____ jours 日型　□règles irrégulières 不順
Durée des règles 生理の期間について	_____ jours 日間
Volume des pertes menstruelles 生理の量について	□important 多い　□moyen 普通　□faible 少ない
Menstruation douloureuse 生理痛はありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Vos dernières règles datent de 最終月経は	_____ mois 月 _____ jour 日
Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? 性交経験はありますか	□Oui はい　□Non いいえ

Expérience de grossesse 妊娠した回数

□grossesse 妊娠 ___ fois 回
□accouchement 分娩 ___ fois 回 → □normal 正常分娩 ___ fois 回　□anormal 異常分娩 ___ fois 回
□avortement spontanés 流産 ___ fois 回 → □avortement naturel 自然流産 ___ fois 回　□avortement artificiel 人工流産 ___ fois 回
□autres その他　□grossesse extra-utérine 子宮外妊娠　□Môle hydatiforme (grossesse môlaire) 胞状奇胎

Vous désirez accoucher dans cet hôpital? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか	□Oui はい　□Non いいえ

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬　□aliments 食べ物　□autres その他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Avez-vous déjà passé un examen de dépistage du cancer? がん検診を受けたことがありますか

□Oui はい → _____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日　□Non いいえ

http://www.kifjp.org/medical　© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気　□maladie hépatique 肝臓の病気　□maladie cardiaque 心臓の病気
□maladie rénale 腎臓の病気　□tuberculose 結核　□diabète 糖尿病　□asthme ぜんそく
□hypertension 高血圧症　□SIDA エイズ　□problème thyroïdien 甲状腺の病気　□maladies vénériennes 性病
□autres その他

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? 手術を受けたことがありますか	□Oui はい　□Non いいえ
Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine ? 輸血を受けたことがありますか	□Oui はい　□Non いいえ

Curriculum vitae médical de la famille : Ecrivez l'âge des membres de la famille dans (✓) et cochez la case correspondante. 家族の病歴

	âge 年齢	bonne santé 健康	maladie héréditaire 健康ではない	maladie héréditaire 遺伝病	hypertension 高血圧	diabète 糖尿病	cancer がん
père 父	(　)	□	□	□	□	□	□
mère 母	(　)	□	□	□	□	□	□
frères 兄弟	(　)	□	□	□	□	□	□
sœurs 姉妹	(　)	□	□	□	□	□	□
mari 夫	(　)	□	□	□	□	□	□
enfants 子ども	(　)	□	□	□	□	□	□

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　□Non いいえ

http://www.kifjp.org/medical　© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団　〈2024.8〉

OPTHALMOLOGIE

眼科問診票

français
フランス語

Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?		□Oui はい	□Non いいえ
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか

□œil droit 右眼　□œil gauche 左眼　□Les deux yeux 両眼　□larmes 涙が出る
□douleur 痛い　□muqueuse 目やに　□gonflement はれもの
□sensation de corps étranger ゴロゴロする　□vision floue 見えにくい
□vision double 物が二重に見える　□éblouissements まぶしい　□autres その他

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか

Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬　□aliments 食べ物　□autres その他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Oui はい → _____ mois ヶ月　□Non いいえ

Allaitez- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか　□Oui はい　□Non いいえ

Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか　□Oui はい　□Non いいえ

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気　□maladie hépatique 肝臓の病気　□maladie cardiaque 心臓の病気
□maladie rénale 腎臓の病気　□tuberculose 結核　□diabète 糖尿病　□asthme ぜんそく
□hypertension 高血圧症　□SIDA エイズ　□problème thyroïdien 甲状腺の病気　□syphilis 梅毒
□autres その他

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか　□Oui はい　□Non いいえ

Il y a un malade des yeux dans votre famille? 家族で目の病気の人がいますか

□Oui いる → Qui? 誰が _____ Quoi? それはどんな病気ですか _____
□Non いない

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　□Non いいえ

© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

耳鼻咽喉科問診票

français
フランス語

Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	□Oui はい	□Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか

□fièvres(℃) 熱がある　□tête lourde 頭が重い
□mal de tête 頭が痛い

Symptômes au niveau des oreilles 耳の症状

□L'oreille droite 右　□L'oreille gauche 左　□Les deux oreilles 両方　□mal d'oreille 耳が痛い
□écoulement des oreilles 耳だれ　□bourdonnement 耳なり　□cérumen 耳あか　□vertiges めまい
□difficulté à entendre 聞こえが悪い　□oreilles bouchées 耳がふさがった感じ

Symptômes au niveau du nez 鼻の症状

□nez bouché 鼻がつまる　□écoulements 鼻がでる　□éternuements くしゃみ　□saignements 鼻血
□ronflements いびき　□problème d'odorat においがわからない

Symptômes au niveau de la gorge のどの症状

□mal de langue 舌が痛い　□mal de gorge のどが痛い　□toux せき　□crachat たん
□gêne dans la gorge のどに何かある感じ　□voix éraillée 声がかれる
□difficulté à avaler 飲み込みにくい　□gonflements du visage et du cou 顔・頚部(くび)の腫れ
□autres その他

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか	Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬　□aliments 食べ物　□autres その他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Oui はい → _____ mois ヶ月　□Non いいえ

Allaitez- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか	□Oui はい	□Non いいえ
Vous buvez de l'alcool? お酒を飲みますか	□Oui はい → _____ ml / par jour ml/日	□Non いいえ
Vous fumez? たばこを吸いますか	□Oui はい → _____ cigarettes / par jour 本/日	□Non いいえ
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか	□Oui はい	□Non いいえ
Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine? 輸血を受けたことがありますか	□Oui はい	□Non いいえ
Avez- vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Oui はい	□Non いいえ

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　□Non いいえ

© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団

ODONTOLOGIE

歯科問診票

français
フランス語

Cochez ☑ la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年　Mois 月　Jour 日

Nom 名前		□Homme 男	□Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?		□Oui はい	□Non いいえ
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか

□mal de dent 歯が痛い　□plombage détaché つめ物がとれた　□mal de gencive 歯ぐきが痛い
□dent gâtée 虫歯を治してほしい　□dent artificielle 入れ歯を作りたい　□dent artificielle cassée 入れ歯がこわれた
□soins de mauvaise dents 歯並びを治したい　□examen médical des dents 検診
□détartrage 歯石・歯こうを取りたい　□mauvaise haleine 口臭　□autres その他

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Oui はい → □médicaments 薬　□aliments 食べ物　□autres その他　□Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

□Oui はい → Si vous en avez , montrez les moi. 持っていれば見せてください　□Non いいえ

Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Oui はい	□Non いいえ
On vous a extrait des dents? 歯を抜いたことがありますか	□Oui はい	□Non いいえ

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Oui はい → _____ mois ヶ月　□Non いいえ

Allaitez- vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか	□Oui はい	□Non いいえ

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

□maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気　□maladie hépatique 肝臓の病気　□maladie cardiaque 心臓の病気
□maladie rénale 腎臓の病気　□tuberculose 結核　□diabète 糖尿病　□asthme ぜんそく
□hypertension 高血圧症　□SIDA エイズ　□problème thyroïdien 甲状腺の病気　□syphilis 梅毒
□autres その他

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか	□Oui はい	□Non いいえ

Vos préférences de traitement 治療に対する希望

□Je veux traiter toutes mes dents malades. 悪いところは全て治したい
□Je veux que l'on soigne seulement les dents qui me font souffrir. 今痛い歯だけを治したい
□Je vais prendre en charge tous les frais. 自費診療でもかまわない
□Je veux que tous les traitements soient inclus dans les clausses de mon contrat d'assurance. 保険の範囲内で治したい
□Je veux décider du traitement après avoir consulté le médecin. 相談して決めたい

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Oui はい　□Non いいえ

© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団