KIRURGIJA
内科問診票

Deutsch
ドイツ語

Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください　　Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name 名前		□M 男　□W 女	
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい　□Nein いいえ		
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか

□Fieber(　　℃) 熱がある　□Halsschmerzen のどが痛い　□Husten せき　□Kopfschmerzen 頭が痛い
□Brustschmerzen 胸が痛い　□Ausschlag 発しん　□Herzklopfen 動悸　□Kurzatmigkeit 息切れ
□Schwellung むくみ　□Schwindel めまい　□Druckgefühl auf der Brust 胸が苦しい
□Bauchschmerzen お腹が痛い　□Magenschmerzen 胃が痛い　□Bluthochdruck 高血圧　□Lähmung しびれ
□Durst 口が渇く　□Gewichtsabnahme 体重が減っている　□viel Luft im Bauch お腹が張る
□Appetitlosigkeit 食欲がない　□Erbrechen 嘔吐　□Übelkeit 吐き気　□Durchfall 下痢
□Blut im Stuhl 血便　□Müdigkeit だるい　□leicht ermüdbar 疲れやすい　□Sonstiges その他

Seit wann? それはいつからですか

_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬　□Lebensmittel 食べ物　□Sonstiges その他　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein いいえ

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Ja はい → _____ Monat ヶ月　□Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか	□Ja はい　□Nein いいえ

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Verdauungsstörungen 胃腸の病気　□Leberkrankheiten 肝臓の病気　□Herzkrankheiten 心臓の病気
□Nierenkrankheiten 腎臓の病気　□Tuberkulose 結核　□Diabetes 糖尿病　□Asthma ぜんそく
□Bluthochdruck 高血圧症　□AIDS エイズ　□Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気　□Syphilis 梅毒
□Sonstiges その他

Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか	□Ja はい　□Nein いいえ
Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? 手術を受けたことがありますか	□Ja はい　□Nein いいえ
Hatten Sie schon Bluttransfusionen? 輸血を受けたことがありますか	□Ja はい　□Nein いいえ

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい　□Nein 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

Deutsch
ドイツ語

Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name 名前		□M 男	□W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい	□Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか

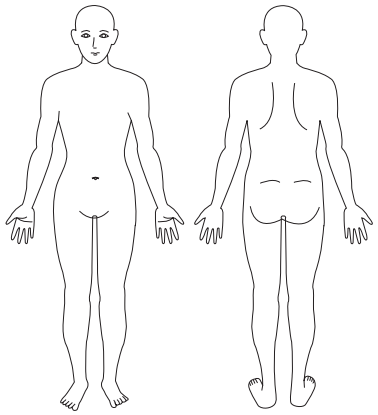
□Fieber(　　℃) 熱がある　□Bauchschmerzen お腹が痛い　□Wunde けが
□Verbrennung やけど　□Knoten しこり　□gelähmt しびれ
□verzogen/verdr ひねった　□Gewichtsabnahme 体重が減っている　□Jucken かゆい
□Gallenstein 胆石　□geschwollen 腫れ　□Hämorrhoiden 痔
□Blut im Stuhl 血便　□Hals(Schilddrüse) のど(甲状腺)
□Leistenbruch(Hernie) 脱腸(ヘルニア)　□Sonstiges その他

□Nacken 首　□Lunge 肺　□Brust 乳房
□Bauch 胃　□Nabel へそ　□Darm 腸

Seit wann? それはいつからですか

_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Bitte kreisen Sie das betroffene Teil ein.
症状のあるところに丸をしてください



Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬　□Lebensmittel 食べ物　□Sonstiges その他　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein いいえ

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Ja はい → _____ Monat ヶ月　□Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか	□Ja はい　□Nein いいえ

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Verdauungsstörungen 胃腸の病気　□Leberkrankheiten 肝臓の病気　□Herzkrankheiten 心臓の病気
□Nierenkrankheiten 腎臓の病気　□Tuberkulose 結核　□Diabetes 糖尿病　□Asthma ぜんそく
□Bluthochdruck 高血圧症　□AIDS エイズ　□Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気　□Syphilis 梅毒
□Sonstiges その他

Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか	□Ja はい　□Nein いいえ
Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? 手術を受けたことがありますか	□Ja はい　□Nein いいえ
Hatten Sie schon Bluttransfusionen? 輸血を受けたことがありますか	□Ja はい　□Nein いいえ
Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Ja はい　□Nein いいえ

Wenn Sie einen Empfehlungsbrief haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen: 紹介状のある方だけ書いてください

Haben Sie Röntgenfilme bei sich? レントゲンフィルムを持っていますか	□Ja はい　□Nein いいえ
Haben Sie Endoskopiefilme bei sich? 内視鏡フィルムを持っていますか	□Ja はい　□Nein 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

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後(こんご)、通訳(つうやく)を自分(じぶん)で連(つ)れてくることができますか
□Ja はい　　□Nein 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　〈2014.1〉

ORTHOPÄDIE
整形外科問診票

Deutsch
ドイツ語

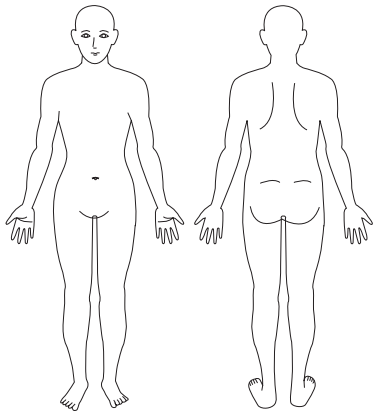
Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください　　Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name 名前		□M 男	□W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい	□Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか

□Fieber(℃) 熱がある
□Schmerzen 痛み
□Wunde けが
□Verbrennung やけど
□Knoten しこり
□geschwollen はれもの
□Jucken かゆい
□gelähmt しびれ
□verzogen/verdreht ひねった
□Gewichtsabnahme 体重が減っている
□Sonstiges その他

Bitte kreisen Sie das betroffene Teil ein.
症状のあるところに丸をしてください



Seit wann? それはいつからですか

_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬 □Lebensmittel 食べ物 □Sonstiges その他　　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein いいえ

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Ja はい → _____ Monat ヶ月　　□Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか　□Ja はい　□Nein いいえ

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Verdauungsstörungen 胃腸の病気
□Leberkrankheiten 肝臓の病気
□Herzkrankheiten 心臓の病気
□Nierenkrankheiten 腎臓の病気
□Tuberkulose 結核
□Diabetes 糖尿病
□Asthma ぜんそく
□Bluthochdruck 高血圧症
□AIDS エイズ
□Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気
□Syphilis 梅毒
□Sonstiges その他

Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか　□Ja はい　□Nein いいえ

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? 手術を受けたことがありますか　□Ja はい　□Nein いいえ

Hatten Sie schon Bluttransfusionen? 輸血を受けたことがありますか　□Ja はい　□Nein いいえ

Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか　□Ja はい　□Nein いいえ

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい　　□Nein 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

Deutsch
ドイツ語

Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name 名前		□M 男	□W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?		□Ja はい	□Nein いいえ
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか

□Kopfschmerzen 頭が痛い　□Schwindel めまい　□Übelkeit 吐き気　□Erbrechen 嘔吐
□Ohrensausen 耳鳴り　□Schulterverkrampfung 肩こり　□Lähmung しびれ　□Zittern 手足のふるえ
□Ohnmachtsanfälle 意識がなくなる　□Hörbeschwerden 聞こえにくい
□Sehbeschwerden 物が見えにくい　□Gehbeschwerden 歩きにくい
□Bewegungsschwierigkeiten der Gliedmassen 手足の動きが悪い　□Sonstiges その他

Seit wann? それはいつからですか	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Haben Sie sich den Kopf gestossen/erschüttert? 頭をぶつけましたか

□Ja はい → _____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から　□Nein いいえ

Welchen Teil des Kopfs? どこをぶつけましたか	□vorne 前頭部　□hinten 後頭部　□rechte Seite 右横　□linke Seite 左横
War es ein Autounfall? 交通事故ですか	□Ja はい　□Nein いいえ

Bei Kopfschmerzen beantworten Sie die folgenden Fragen 頭が痛い方への質問です

Wo haben Sie Schmerzen? どこが痛みますか

□vorrn 前頭部　□hinten 後頭部　□rechte Seite 右横　□linke Seite 左横　□ganzer Kopf 頭全体

Wie sind die Schmerzen? どのように痛みますか

□klopfend ズキンズキン　□dröhnend ガンガン　□Wie von einem Hammer geschlagen ガーンと割れるように
□bohrend キリキリ　□stechend チクチク　□Sonstiges その他

Wann haben Sie meistens Schmerzen? いつが一番痛いですか

□morgens 朝　□tagsüber 昼　□abends 夕方　□andauernd 一日中

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬　□Lebensmittel 食べ物　□Sonstiges その他　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein いいえ

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Ja はい → _____ Monat ヶ月　□Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか	□Ja はい　□Nein 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

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Verdauungsstörungen 胃腸の病気
□Leberkrankheiten 肝臓の病気
□Herzkrankheiten 心臓の病気
□Nierenkrankheiten 腎臓の病気
□Tuberkulose 結核
□Diabetes 糖尿病
□Asthma ぜんそく
□Bluthochdruck 高血圧症
□AIDS エイズ
□Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気
□Syphilis 梅毒
□Sonstiges その他

Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか	□Ja はい	□Nein いいえ
Trinken Sie Alkohol? お酒を飲みますか	□Ja はい → _____ ml/Tag ml/日	□Nein いいえ
Rauchen Sie? たばこを吸いますか	□Ja はい → _____ Zigaretten/Tag 本/日	□Nein いいえ
Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? 手術を受けたことがありますか	□Ja はい	□Nein いいえ
Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Ja はい	□Nein いいえ

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい　　□Nein 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　〈2014.1〉

PSYCHIATRIE
精神科問診票

Deutsch
ドイツ語

Markieren ☑ Sie alle zutreffenden Antworten. あてはまるものにチェックしてください　　Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name 名前		□M 男	□W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい	□Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Was fehlt Ihnen? どうしましたか

□ich schlafe schlecht 眠れない
□ich spreche mehr als üblich いつもよりよくしゃべる
□Beunruhigung oder Panikattacken 不安やパニック発作
□ich höre Stimmen, auch wenn niemand da ist 周りに人がいないのに声が聞こえる
□ich fühle mich deprimiert うつ気分
□ich bin niedergeschlagen 元気がない
□ich fühle mich beobachtet 人に見られている気がする
□ich bin zu euphorisch 元気が良すぎる
□ich werde bewusstlos 意識がなくなる
□ich möchte sterben 死にたい
□ich rege mich schnell auf 興奮しやすい
□ich neige dazu, gewalttätig zu werden 暴力をふるう
□Sonstiges その他

Seit wann? それはいつからですか

Seit _____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬 □Lebensmittel 食べ物 □Sonstiges その他　　□Nein いいえ

Name des Begleiters 付添者の氏名	
Verhältnis zu Ihnen 本人との関係	□Familie 家族 □Freund/in 友人 □Sonstiges その他 → ( )

Wer hat Ihnen vorgeschlagen, uns heute zu besuchen? 本日の受診はどなたの意志ですか

□Sie selbst 本人 □Familie 家族 □Freund/in 友人 □Polizei 警察 □Jemand am Arbeitsplatz 勤務先の人
□Sonstiges その他 → ( )

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? 本日の受診の目的は何ですか

□Diagnose 診断
□Erhalt eines ärztlichen Attests 診断書
□Behandlung 治療
□Einweisung 入院
□Überweisung an eine andere Einrichtung 紹介
□eine zweite Meinung einholen セカンドオピニオン
□Sonstiges その他 → ( )

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Ja はい → _____ Monat ヶ月　　□Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか　□Ja はい　□Nein いいえ

Werden Sie derzeit wegen einer anderen Krankheit behandelt? 現在治療中の病気はありますか

□Ja はい → Name der medizinischen Einrichtung 医療機関名　　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein 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〉

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Demenz 認知症
□Alkohol- oder Drogenabhängigkeit アルコールや薬物依存
□Affektive Störungen 気分障害 → □Manie 躁病 □manisch-depressive Psychose 躁鬱病 □Depression 鬱病
□Panik パニック
□Schlaflosigkeit 不眠症
□Persönlichkeitsstörungen パーソナリティー障害
□Entwicklungsstörungen 発達障害
□Geistige Behinderung 精神遅滞
□Epilepsie てんかん
□Schizophrenie 統合失調症
□ADHD 注意欠陥(如)多動性障害
□Sonstiges その他 → (　　)

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい　　□Nein 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〉

KINDERHEILKUNDE

小児科問診票

Deutsch
ドイツ語

Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name des Kindes 子どもの名前		□M 男　□W 女	
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Alter 年齢	Jahre 才
Anschrift 住所		Tel 電話	
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい　□Nein いいえ		
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Art der Beschwerden どうしましたか

□Fieber(　　℃) 熱がある　□Halsschmerzen のどが痛い　□Husten せき　□Krämpfe ひきつけをおこす
□Inaktivität 元気がない　□reizbar 機嫌が悪い　□Schwellung むくみ　□Kopfschmerzen 頭が痛い
□Bauchschmerzen お腹が痛い　□Brustschmerzen 胸が痛い　□Ausschlag 発しん　□Magenschmerzen 胃が痛い
□Erbrechen 嘔吐　□Appetitlosigkeit 食欲がない　□Übelkeit 吐き気
□Unzureichende Gewichtszunahme 体重の増加不良　□Durchfall 下痢　□Blut im Stuhl 血便
□unzureichende Milchaufnahme ミルクの飲みが悪い　□Sonstiges その他

Seit wann? それはいつからですか　_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬　□卵　□牛乳　□その他の食べ物　□Sonstiges その他　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein いいえ

In welcher Form kann das Kind Medikamente einnehmen? どんな種類の薬が飲めますか

□Sirup シロップ　□Granulat 粉薬　□Tabletten oder Kapseln 錠剤またはカプセル

Wie war die Entbindung? 出産の時のようす

Geburtsgewicht _____ g 赤ちゃんの体重　Alter der Mutter _____ 母親の年齢
□normale Entbindung 正常分娩　□anormale Entbindung 異常分娩　□Kaiserschnitt 帝王切開

Bestehende Schutzimpfung 接種済み予防接種

□Hib ヒブ　□Pneumokokken 肺炎球菌　□Polio ポリオ
□Kombinationsschutzimpfung gegen Diphterie, Tetanus und Pertussis(Keuchhusten) 三種混合
□DPT-IPV 四種混合　□Tuberkulose BCG　□MR(Masern, Röteln) 麻しん・風しん混合
□Windpocken 水ぼうそう　□Mumps おたふく風邪　□Japanische Enzephalitis 日本脳炎　□Rotaviren ロタウィルス
□Sonstiges その他

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Röteln 風しん　□Windpocken 水ぼうそう　□Masern 麻しん　□Asthma ぜんそく
□Mumps おたふく風邪　□Keuchhusten 百日ぜき　□Blinddarmentzünduug 虫垂炎
□MCLS(Kawasaki Krankheit) 川崎病　□plötzlicher Ausschlag 突発性発しん
□Japanische Gehirnhautentzündung 日本脳炎　□Fieberkrampf 熱性けいれん　□Sonstiges その他

Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか	□Ja はい	□Nein いいえ
Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? 手術を受けたことがありますか	□Ja はい	□Nein いいえ
Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Ja はい	□Nein いいえ

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい　□Nein 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

Deutsch
ドイツ語

Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください　　Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name 名前		□M 男	□W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい	□Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか

□Fieber(℃) 熱がある　□Schmerzen 痛い　□Jucken かゆい
□Verbrennung やけど　□Ausschlag 発しん　□Ekzem 湿しん
□Blauer Fleck あざ　□Muttermal ほくろ　□Fleck しみ
□Epidermophytie 水虫　□Nässende Wunde じくじくしている
□Sonstiges その他

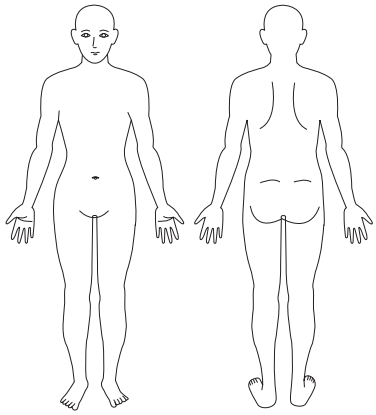
Seit wann? それはいつからですか

_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Gab es eine Veränderung bei diesen Symptomen? その症状は変化していますか

□Ja はい　□Nein いいえ

Bitte kreisen Sie das betroffene Teil ein.
症状のあるところに丸をしてください



Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬　□Lebensmittel 食べ物　□Sonstiges その他　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein いいえ

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Ja はい → _____ Monat ヶ月　□Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか　□Ja はい　□Nein いいえ

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Verdauungsstörungen 胃腸の病気　□Leberkrankheiten 肝臓の病気　□Herzkrankheiten 心臓の病気
□Nierenkrankheiten 腎臓の病気　□Tuberkulose 結核　□Diabetes 糖尿病　□Asthma ぜんそく
□Bluthochdruck 高血圧症　□AIDS エイズ　□Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気　□Syphilis 梅毒
□Sonstiges その他

Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか　□Ja はい　□Nein いいえ

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? 手術を受けたことがありますか　□Ja はい　□Nein いいえ

Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか　□Ja はい　□Nein いいえ

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい　□Nein 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

FRAUENHEILKUNDE u GEBURTSHILFE

産婦人科問診票

Deutsch ドイツ語

Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name 名前		□M 男	□W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい	□Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか

□Schwangerschaft 妊娠　□Menstrurationsstörung 月経の異常　□Ausfluss おりもの
□Schmerzen im unteren Bauchbereich 下腹部が痛い　□unregelmässige Vaginalblutung 不正性器出血
□Polyp ポリープ　□Eierstockzyste 卵巣のう腫瘍　□Vaginaljuckreiz 性器のかゆみ　□Uterusmyom 子宮筋腫
□Krebsvorsorge がん検診　□Unfruchtbarkeit 不妊症　□Blutarmut 貧血　□Sonstiges その他

Angaben zur Menstruation 生理について

In welchem Alter setzte die Periode erstmals ein? 初めて生理があったのはいつですか	Alter _____ 才
In welchem Alter setzte die Menopause ein? 閉経はいつですか	Alter _____ 才
Ist die Menstruation regelmässig? 生理は順調ですか	□Ja はい　□Nein いいえ
Abstand 周期について	□28Tage 28日型　□30Tage 30日型　□ ____Tage 日型　□unregelmässig 不順
Dauer 生理の期間について	_____ Tage. 日間
Stärke der Blutung 生理の量について	□stark 多い　□normal 普通　□schwach 少ない
Haben Sie Schmerzen während der Periode? 生理痛はありますか	□Ja はい　□Nein いいえ
Die letzte Periode dauerte 最終月経は	_____ Monat 月 _____ Tag 日

Schwangerschaften 妊娠した回数

□Anzahl 妊娠___Mal 回
□Entbindung 分娩___Mal 回 → □normale 正常分娩___Mal 回　□anormale 異常分娩___Mal 回
□Fehlgeburt 流産___Mal 回 → □natürliche Fehlgeburt 自然流産___Mal 回　□Abtreibung 人工流産___Mal 回
□Sonstiges その他　□Bauchhöhlen-Schwangerschaft 子宮外妊娠　□Blasentzündung 胞状奇胎

Möchten Sie bei bestehender Schwangerschaft im Krankenhaus entbinden? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

□Ja はい　□Nein いいえ

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬　□Lebensmittel 食べ物　□Sonstiges その他　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein いいえ

Wurde bei Ihnen bereits Krebsvorsorge gemacht? がん検診を受けたことがありますか

□Ja はい → _____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日　□Nein 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

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Verdauungsstörungen 胃腸の病気　□Leberkrankheiten 肝臓の病気　□Herzkrankheiten 心臓の病気
□Nierenkrankheiten 腎臓の病気　□Tuberkulose 結核　□Diabetes 糖尿病　□Asthma ぜんそく
□Bluthochdruck 高血圧症　□AIDS エイズ　□Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気　□Geschlechtskrankheiten 性病
□Sonstiges その他

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? 手術を受けたことがありますか	□Ja はい　□Nein いいえ
Hatten Sie schon Bluttransfusionen? 輸血を受けたことがありますか	□Ja はい　□Nein いいえ

Familienkrankheiten:Bitte geben Sie das Alter des Familienmitglieds an und kreuzen die zutreffende Krankheiten an. 家族の病歴

	Alter 年齢	gesund 健康	nicht gesund 健康でない	Erbkrankheiten 遺伝病	Bluthochdruck 高血圧	Diabetes 糖尿病	Krebs がん
Vater 父	(　)	□	□	□	□	□	□
Mutter 母	(　)	□	□	□	□	□	□
Bruder 兄弟	(　)	□	□	□	□	□	□
Schwester 姉妹	(　)	□	□	□	□	□	□
Ehemann 夫	(　)	□	□	□	□	□	□
Kinder 子ども	(　)	□	□	□	□	□	□

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい　□Nein 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　〈2014.1〉

AUGENHEILKUNDE

眼科問診票

Deutsch
ドイツ語

Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name 名前		□M 男	□W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい	□Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか

□rechtes Auge 右眼　□linkes Auge 左眼　□beide Augen 両眼　□Tränen 涙が出る
□Schmerzen 痛い　□Augenschleim 目やに　□Geschwulst はれもの
□Gefühl, als sei ein Fremdkörper (Sand) im Auge ゴロゴロする　□Sehbeschwerden 見えにくい
□Doppelt Sehen 物が二重に見える　□lichtempfindlich まぶしい　□Sonstiges その他

Seit wann? それはいつからですか

_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬　□Lebensmittel 食べ物　□Sonstiges その他　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein いいえ

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Ja はい → _____ Monat ヶ月　□Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか　□Ja はい　□Nein いいえ

Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか　□Ja はい　□Nein いいえ

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Verdauungsstörungen 胃腸の病気　□Leberkrankheiten 肝臓の病気　□Herzkrankheiten 心臓の病気
□Nierenkrankheiten 腎臓の病気　□Tuberkulose 結核　□Diabetes 糖尿病　□Asthma ぜんそく
□Bluthochdruck 高血圧症　□AIDS エイズ　□Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気　□Syphilis 梅毒
□Sonstiges その他

Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか　□Ja はい　□Nein いいえ

Hat jemand in Ihrer Familie Augenkrankheiten? 家族で目の病気の人がいますか

□Ja いる → Wer? 誰が _____ Welche? それはどんな病気ですか _____
□Nein いない

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい　□Nein 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

HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE

耳鼻咽喉科問診票

Deutsch ドイツ語

Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年 Monat 月 Tag 日

Name 名前		□M 男	□W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい	□Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか

□Fieber(℃) 熱がある □schwerer kopf 頭が重い □Kopfschmerzen 頭が痛い

Ohr 耳の症状

□rechts 右 □links 左 □beide Seiten 両方 □Ohrenschmerzen 耳が痛い
□Ohrenfluß 耳だれ □Ohrensausen 耳なり □Ohrenschmalz 耳あか □Schwindelgefühl めまい
□Schwerhörig 聞こえが悪い □Ohrenverstopfung 耳がふさがった感じ

Nase 鼻の症状

□Nasenverstopfung 鼻がつまる □Nasenschleim 鼻がでる □Niesen くしゃみ
□Nasenbluten 鼻血 □Schnarchen いびき □Beeinträchtigung des Geruchssinnes においがわからない

Hals のどの症状

□Zungenschmerzen 舌が痛い □Halsschmerzen のどが痛い □Husten せき
□Schleim たん □Gefühl, als sei etwas im Hals のどに何かある感じ □Heiserkeit 声がかれる
□Schluckbeschwerden 飲み込みにくい □Schwellgefühl im Gesicht/Hals 顔・頚部(くび)の腫れ
□Sonstiges その他

Seit wann? それはいつからですか _____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬 □Lebensmittel 食べ物 □Sonstiges その他 □Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください □Nein いいえ

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Ja はい → _____ Monat ヶ月 □Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか	□Ja はい	□Nein いいえ
Trinken Sie Alkohol? お酒を飲みますか	□Ja はい → _____ ml/Tag ml/日	□Nein いいえ
Rauchen Sie? たばこを吸いますか	□Ja はい → _____ Stück/Tag 本/日	□Nein いいえ
Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? 手術を受けたことがありますか	□Ja はい	□Nein いいえ
Hatten Sie schon Bluttransfusionen? 輸血を受けたことがありますか	□Ja はい	□Nein いいえ
Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Ja はい	□Nein いいえ

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい □Nein 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

ZAHNMEDIZIN
歯科問診票

Deutsch
ドイツ語

Bitte ☑ alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください　　Jahr 年　Monat 月　Tag 日

Name 名前		□M 男	□W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	□Ja はい	□Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか

□Zahnschmerzen 歯が痛い　□Probleme mit Zahnfüllung つめ物がとれた
□Zahnfleischschmerzen/Paradentose 歯ぐきが痛い　□Karies 虫歯を治してほしい　□Zahnersatz 入れ歯を作りたい
□Probleme mit Zahnersatz 入れ歯がこわれた　□Um meinen Zahnzustand korrigieren zu lassen 歯並びを治したい
□Kontrolluntersuchung 検診　□Entfernung von Zahnstein/Zahnbelag 歯石・歯こうを取りたい
□Mundgeruch 口臭　□Sonstiges その他

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□Ja はい → □Medikamente 薬　□Lebensmittel 食べ物　□Sonstiges その他　□Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

□Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください　□Nein いいえ

Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	□Ja はい	□Nein いいえ
Wurde Ihnen bereits ein Zahn gezogen? 歯を抜いたことがありますか	□Ja はい	□Nein いいえ

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□Ja はい → _____ Monat ヶ月　□Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか	□Ja はい	□Nein いいえ

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか

□Verdauungsstörungen 胃腸の病気　□Leberkrankheiten 肝臓の病気　□Herzkrankheiten 心臓の病気
□Nierenkrankheiten 腎臓の病気　□Tuberkulose 結核　□Diabetes 糖尿病　□Asthma ぜんそく
□Bluthochdruck 高血圧症　□AIDS エイズ　□Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気　□Syphilis 梅毒
□Sonstiges その他

Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか	□Ja はい	□Nein いいえ

Behandlungswünsche 治療に対する希望

□Behandlung aller betroffenen Zähne. 悪いところは全て治したい
□Behandlung nur der schmerzenden Zähne. 今痛い歯だけを治したい
□Ich bin bereit, alle anfallenden Kosten zu tragen. 自費診療でもかまわない
□Behandlung nur soweit wie von der Krankenversicherung abgedeckt. 保険の範囲内で治したい
□Behandlung nach Rücksprache mit dem Arzt. 相談して決めたい

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□Ja はい　□Nein 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