

# 第4回オタスケマンミーティング

ー めざそう！寄りそう医療ボランティア（1）ー

- 問診票作成 -

2022年9月2日

大廻

## 今日のスライドの内容（目次）

スライド	内容
スライド 3	勉強会の進め方と今後の予定
スライド 4	今日の配布資料
スライド 5	今日の勉強会の進め方（詳細）
スライド 6	次回の予定
スライド 8-13	参考情報：多言語問診票（どれが良い？違いは？）
スライド 14-16	参考情報：通訳アプリ（どれが良い？）
スライド 17-21	参考情報：問診票に関するQ&A（なぜ聞かれるの？）
スライド 22-28	参考情報：病院やドラッグストア（OTC）の薬を英語で調べる
スライド 29-33	参考情報：お役立ちサイトURL 新型コロナワクチンの接種時の予診票、医療に関する宗教・習慣の違いなど追加

# “めざそう！よりそう医療ボランティア” 勉強会の進め方と今後の予定

最大の目的は、**問診票の代筆や通訳を体験**する  
「架空の設定（患者情報、医師の説明、検査の説明、薬剤師の説明）」で  
ロールプレー（患者役、オタスケマン役、医師役、薬剤師役）を行う

月日	内容
9/2（金）	①問診票作成：病院待合室でオタスケマンが依頼者（患者）から聞き取り作成
10/13（木）	②診察時の通訳その1：診察室内で医師が患者から聞き取り、診察（聴診など）
11/	③診察時の通訳その2：検査、医師の診断結果や処方説明、再診の日程調整
12/	④診察時の通訳その1、2の振り返り：その1、2通し
1/	⑤薬局での通訳：薬局で薬剤師が患者に薬の説明
2/	⑥まとめ：問診票から薬局まで通し

初めての試みなので、日程・内容は進み具合によって変更あり。

# “めざそう！よりそう医療ボランティア（1）”

## 今日の勉強会の配布資料

日本語の問診票

患者設定 1  
患者設定 2

シナリオ案

多言語問診票（厚労省）  
英語・内科

多言語問診票（KIF）  
英語・内科

初診問診票

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 年 月 日 (漢 暦)  男  女  
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 今日の体温 \_\_\_\_\_ °C

■具合が悪いところを具体的に記入してください。どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？

■今日の症状でどちらかの病院にかかりましたか？  
 いいえ  はい 年 月 日から \_\_\_\_\_ にかかっています

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃から( )に記入して下さい

喘息 ( 症状 )  肺炎 ( 症状 )  がん ( 症状 )  
 高血圧 ( 症状 )  肝臓病 ( 症状 )  腎臓病 ( 症状 )  
 糖尿病 ( 症状 )  脳卒中 ( 症状 )  結核 ( 症状 )  
 心臓病 ( 症状 )  その他 (病名 症状)

■薬のアレルギーはありますか？  なし  あり ( )

■食べ物のアレルギーはありますか？  なし  あり ( )

■現在飲んでいる薬はありますか？  なし  あり (薬名: )

■たばこ  吸わない  吸う  過去に吸っていた  
1日 本、約 時間

■アルコール  飲まない  飲む  過去に飲んでた  
1日 \_\_\_\_\_ mL/日  ウイスキー \_\_\_\_\_ mL/日  日本酒 \_\_\_\_\_ mL/日  ワイン \_\_\_\_\_ mL/日  
 その他 \_\_\_\_\_ mL/日

■女性の方向へ  
妊娠している可能性は？  ない  あり(わからない)  
現在、授乳中ですか？  いいえ  はい

患者設定 1

項目	情報
患者情報	名前 _____ 性別 _____ 生年月日 年 月 日 住所 松山市 電話番号 089-945-3111 身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業 _____ 国籍 _____ 言語 _____
症状経過	
アレルギー	
治療中の病気	
今までにかかった病気	
服用中の薬	
飲酒歴	
喫煙歴	
妊娠授乳の有無	

患者設定 2

項目	情報
患者情報	名前 _____ 性別 _____ 生年月日 年 月 日 住所 松山市 電話番号 089-945-3111 身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業 _____ 国籍 _____ 言語 _____
症状経過	
アレルギー	
治療中の病気	
今までにかかった病気	
服用中の薬	
飲酒歴	
喫煙歴	
妊娠授乳の有無	

シナリオ案

2022.08.28 大塚

事前準備

依頼者への事前連絡(ショートメール・SNS・電話等)

- 自己紹介(MICから事前に連絡されているので簡単でよい)
- 待ち合わせ日時・場所・交通手段の確認(MICから事前に連絡されている内容の確認)
- 依頼内容の確認(MICから事前に連絡を受けている内容を依頼者に確認)
- 診察中の滞りの希望の有無の確認(対応出来ないあるいは付添いだけならOKの場合は、その旨了解を得ておく)
- (事前に分かっている場合)診察のために衣服を脱ぐ時、道着して欲しいかどうかの確認
- ①保険証(Insurance Card) ②診察費を入れる薬手帳(Medicine Pocketbook)など薬歴(medication/drug history)がわかるもの③関連する資料(臨床検査結果(Laboratory/Examination Results)など)の持参の有無

■同一診療科の多言語問診票(母国語あるいは英語)を用意しておく

依頼者が高齢の場合、寝ている病気や薬が多いことが想定されるので、可能であれば、事前にメールで問診票を送り、英語で記入してもらって返送あるいは持参してもらって問診票の記入がスムーズになると思う。

(可能であれば)事前に病院から問診票(Medical History Form/Medical questionnaire)を入手し、内容を確認しておく。

当日やること

受付での手続き(初診時)

医療機関には MIC から事前に「氏名、病名/症状、通訳者の同伴など」が連絡されているので、依頼者は名前を書いて保険証を提示するだけでよい。ほとんど通訳の必要はないと思う。

受付する際、保険証の提示・問診票記入等必要に応じて受け渡し、依頼者に伝える。

紹介状を持っていますか？ Do you have a referral letter?

健康保険証を持っていますか？ Do you have your health insurance card?

健康保険証を持っていない場合、自費診療となります。If you don't have an insurance card, you need to pay the entire amount of medical care costs yourself.

本日は全額負担していただき、後日保険会社に払い戻しを申請して下さい。Please pay the full amount of medical fees today and claim for reimbursement to your insurance company afterwards.

初診なので問診票に記入して下さい As this is your first consultation, please fill out the medical history form/medical questionnaire.

名前が呼ばれるまで待合室でお待ち下さい。 Please wait in the waiting room until we call your name.

名前が呼ばれたら〇番の部屋に入ってください。 When you are called, please go to Room 〇.

(再診時)診察券を〇〇科のボックスに入れて下さい。 Please put your consultation card in the box at the 〇〇 section.

Internal Medicine Questionnaire/内科 問診票

2018年 3月版

What are your symptoms? (Check all that apply.)

What is the greatest worry? (Check all that apply.)

What are your allergies? (Check all that apply.)

What illnesses have you had in the past?

Are you currently under medical treatment?

Have you ever had a blood transfusion?

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit?

INTERNAL MEDICINE

English

Check off all corresponding answers.

Name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Do you have health insurance?  Yes  No

Nationality \_\_\_\_\_ Language \_\_\_\_\_

What are your symptoms?

How long have you had these problems? Since \_\_\_\_\_

Do you have any food or medication allergies?

Are you currently taking medication?

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy?

Are you currently breastfeeding?

What illnesses have you had in the past?

Are you currently under medical treatment?

Have you ever had any operations?

Have you ever had a blood transfusion?

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit?

# “めざそう！よりそう医療ボランティア（1）”

## 今日の勉強会の進め方

配布資料：日本語の問診票、患者設定（2パターン）、シナリオ案、多言語問診票（2種類）

### プロセス

1. 2人ずつのペアをつくり、各自配られた「患者設定」および「日本語の問診票」を参考資料やスマホ翻訳アプリなどを使って英語で説明できるように準備する（患者設定は相手に内緒）
2. 患者設定1から始めてください。
3. オタスケマン役は、「日本語の問診票」にそって英語で患者役に質問をする
4. 患者役は、「患者設定」にそってオタスケマン役に英語で回答する
5. オタスケマン役は聞き取った内容を「問診票」に日本語で記入する

### 【注意点】

- ・ 問診票に記載されている選択肢は必ず全部読み上げる
  - ・ 患者が日本語の読み書きができると医師が誤解するのを避けるため、問診票の余白に「通訳者代筆（氏名）」と記入する
6. 一つの患者設定が終わったら、二人で問診票の記載内容を患者設定と照らし合わせ、結果や感想などを共有する
  7. 各グループ毎に、感想を全員に発表し意見交換する

# “めざそう！よりそう医療ボランティア” 勉強会の今後の予定

月日	内容
10/13 (木) 10:00-11:30	②診察時の通訳その1：診察室内で医師が患者から聞き取り、診察（聴診など）
11/	③診察時の通訳その2：検査、医師の診断結果や処方の説明、再診の日程調整
12/	④診察時の通訳その1、2の振り返り：その1、2通し
1/	⑤薬局での通訳：薬局で薬剤師が患者に薬の説明
2/	⑥まとめ：問診票から薬局まで通し

日程・内容は進み具合によって変更あり。

# 参考情報

# 問診票

# 多言語問診票：厚労省か？それともNPO港南台・かながわ国際交流財団（KIF）か？

項目	厚労省	KIF
対応言語	5ヶ国語（英語、中国語、韓国語、ポルトガル語、スペイン語）	21言語（英語、中国語、韓国・朝鮮語、ポルトガル語、スペイン語、タガログ語、ベトナム語、タイ語、インドネシア語、カンボジア語、ネパール語、ラオス語、ドイツ語、ロシア語、フランス語、ペルシャ語、アラビア語、クロアチア語、タミル語、シンハラ語、ウクライナ語）
診療科	16科（内科、外科、整形外科、脳神経外科、精神科、小児科、皮膚科、産婦人科、呼吸器科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、循環器科、消化器科、血管外科、泌尿器科）	11科（内科、外科、整形外科、神経外科、精神科、小児科、皮膚科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科）
問診票以外	受付、治療・手術・検査等：麻酔、輸血、手術、入院、CT検査、MRI検査、消化器内視鏡検査、感染症検査、新生児スクリーニング、尿素呼気試験、同意書	なし

対応言語数は、KIF >> 厚労省、診療科数は、厚労省 > KIF、英語表記の分かりやすさは、KIF > 厚労省

## 診療科によって質問内容に違いはあるのか？（詳細比較）

項目	厚労省	KIF	厚労省	KIF	厚労省	KIF	厚労省	厚労省	厚労省	厚労省	厚労省	厚労省	厚労省
診療科	内科	内科	皮膚科	皮膚科	産婦人科	産婦人科	消化器科	循環器科	呼吸器科	眼科	歯科	泌尿器科	整形外科
氏名・性別・生年月日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
健康保険の有無・国籍・言語		○		○		○							
身長・体重	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
アレルギー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
症状（内容）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
症状（部位）	○		○	○			○			○			○
胸痛（部位）								○					
痰の性状									○				
症状（1日のうちの発現タイミング）	○				○			○					○
症状（性質-発現パターン）	○				○			○				○	○
症状（程度0-10スケール）	○		○				○	○					○
症状（発症時期 いつから）	○	○	○	○	○		○	○		○	○	○	○
症状（変化の有無）				○									
月経（始まり、終わり、周期、量）					○	○							
便の性状	○												
性交渉経験の有無					○								
子宮がん検診の有無					○	○							
避妊薬の服薬歴					○								
妊娠歴（時期・分娩方法・流産の有無・異常妊娠の有無）					○	○							
過去の妊娠中・分娩時の異常の有無					○								
過去の治療時の異常の有無											○		
不特定の方との性交渉の有無												○	
服用薬（薬の名前、飲み方（経口・貼付・塗布など））	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
治療中の病気の名前（合併症）、過去の治療（既往症）、医療機関名	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
疾患リスト	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
治療中の病気（合併症）の有無	○	○		○									
いままでにかかった病気（既往歴）	○	○		○		○							
家族の病歴						○							
手術歴（疾患名、手術名、時期、医療機関）	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
手術歴の有無	○	○		○		○							
麻酔によるトラブルの有無				○									
輸血歴		○				○							
喫煙歴（喫煙量、喫煙期間、禁煙時期）	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
アルコール摂取（有無、アルコールの種類、1日摂取量）	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
（女性のみ）妊娠の有無	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○
（女性のみ）授乳中かどうか	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○
診察に関する希望	○		○		○		○	○	○	○	○	○	○
今後通訳を連れてくれるか		○		○		○							

# 診療科によって質問内容に違いはあるのか？

質問内容	内科	皮膚科	消化器科	循環器科	呼吸器科	眼科	歯科	整形外科	泌尿器科	産婦人科
氏名・性別・年齢 身長・体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
アレルギー (薬・食品)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
症状	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
症状 (部位・程度)	●	●	●	●				●		●
発症時期	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
服用薬	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
病歴 (合併症・ 既往症・手術歴・ 家族の病歴)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
喫煙・ アルコール歴	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
妊娠・授乳	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
その他					痰の性状				1	2

泌尿器科・産婦人科以外は、ほぼ同じ質問内容である

泌尿器科・産婦人科のその他の質問は、依頼者と同姓でなければ難しいかも？

- 1 不特定の人との性交渉の有無
- 2 月経、妊娠歴、性経験など

## 産婦人科・泌尿器科の問診票は特殊か？

施設	産婦人科	泌尿器科
愛媛大学病院	月経 妊娠・出産歴 性交渉経験 不妊期間 配偶者の健康状態 不妊治療の経験	—
松岡婦人科クリニック（松山市）	月経 性経験 妊娠歴	—
西田泌尿器科クリニック（松山市）	—	特別な質問なし
聖路加国際病院（東京都中央区）	生理 妊娠歴	特別な質問なし
山王病院（東京都港区）	生理 妊娠歴	特別な質問なし
けいゆう病院（横浜市）	生理 妊娠歴	特別な質問なし
PL病院（大阪府富田林市）	生理 妊娠歴	特別な質問なし

ネットに公表されている問診票を確認した結果、

- ・産婦人科は、女性に係る特有の質問あり
- ・泌尿器科は、内科の問診票と変わらず、特別な質問はなし（厚労省の問診票が特殊）



内科の問診票をシナリオのベースとして問題ないのではないか

## 多言語問診票：厚労省とKIFの英語表記の違い

項目	厚労省	KIF
高血圧	hypertension	High blood pressure
体がだるい	Feel sulggish	weak
月経異常	Menstrual disorder	Irregular period
まぶしい	glaring	Sensitivity to light
涙が出る	Watery eyes	tearing
口臭	Oral odor	Bad breath

大きな違いではないが、厚労省の英語表記はやや専門的、KIFが平易な傾向あり。その他、両者の違いとして、厚労省のものには今までかかった病気を簡単に記載できるよう「疾患リスト」が添付されており、これは有用。



症状の具体例は、いずれもほぼ同じ数、内容ではあるが、異なるものもあるため、KIFをメインとし、厚労省のものを補足的に使うのがベターではないか。

# 通訳アプリの比較

## 通訳アプリ・翻訳機

アプリ名	コスト	言語数	入力方法・機能	特記事項
iPhone Siri	無料	2 (英中)	音声入力 翻訳	アプリを立ち上げる必要なし 日常会話レベルの翻訳精度は高いが、 長文は弱い
iPhone 翻訳	無料	11	音声&テキスト入力 対面翻訳	Google翻訳よりも日本語の微妙な ニュアンスを検知する能力が高い
Google 翻訳	無料	108 70	音声&テキスト入力 リアルタイム翻訳	
はなして翻訳 (docomo)	無料	4 (日韓中英)	音声&テキスト入力 対面翻訳 電話翻訳	
VoiceTra 翻訳 (情報通信研究機構)	無料	31	音声入力	行政法人が研究目的で作製
ポケトーク (翻訳機)	1万円/台	74	音声入力	3000社以上の企業・20病院導入実 績あり
アプリ版リリース (2022.04)	120円/週 360円/月 3600円/年			

## 通訳アプリの聞き取り・翻訳精度の比較

	初診なので問診票に記入しなければいけません	薬や食べ物でアレルギーはありますか	あなたの家族の病歴を教えてください	口を大きく開けて喉を見せて下さい	熱は何度ですか	今日はどのような症状がありますか
iPhone Siri (iOS)	×「初診」を「出身」と聞き取り	×「薬や」を聞きれず	○	○	聞き取りはOKだが、誤訳(What is your fever?)正解はtemperature	○
iPhone 翻訳 (iOS)	○	×「薬や」を「薬屋」と聞き取り	○	○	○	○
Google 翻訳 (iOS Android)	○	○	○	○	聞き取りはOKだが、誤訳(How many heats)	○
VoiceTra 翻訳 (情報通信研究機構) (iOS Android)	○	○	○	○	○	○
ポケトーク						

方法：スマホで録音した質問を、各アプリで音声入力し、聞き取り・翻訳精度を比較した。

結果：「VoiceTra」の聞き取り・翻訳精度がもっとも優れていた。

コメント：「Google」は翻訳後、自動で発音してくれない、「Siri」は質問の度に呼び出す必要があり、連続翻訳には向かない、「iPhoneアプリ」は聞き取りがイマイチ、「VoiceTra」はポケトークと同様、操作が簡単（大きな音声入力ボタンを押すだけ）。

# 問診票に関する疑問

## 問診票に関する疑問 Q&A 1/4

宮川先生（牧病院）監修

**Q1：問診票の目的は？**

A1：医師は問診票の内容から、考えられる病気の範囲を絞り、追加の質問や身体の診察・検査により、適切な診断が可能となります。

**Q2：患者にもメリットはありますか？**

A2：診察前に落ち着いて自分の症状を文章にすることで、伝え忘れを減らすことができます。

**Q3：症状は詳しく書いたほうが良いですか？**

A3：端的にまとめることが重要で、細かく書く必要はありません。大事なポイントである ①発症はいつ？ ②体のどこが？ ③どんな症状？ ④発症してからの経過は？ ⑤他に気になる症状は？ を簡潔に書きましょう。

**Q4：今までにかかった病気（既往歴・病歴）を記載する理由は？**

A4：医師が正確に診断するための大事なヒントになります。

例えば、腹部の手術歴のある人が腹痛を訴えていれば、医師は腸管の癒着を想定することが出来ます。

## 問診票に関する疑問 Q&A 2/4

Q5：「**家族の病歴**」の**家族**とは？

A5：本人からみて3世代にわたる親族です。

3世代にわたる親族とは、子供、兄弟姉妹、両親、祖父母、叔父叔母、甥姪、従兄弟などです。

Q6：「**家族の病歴**」を記載する理由は？

A6：家族は同じような遺伝的背景を持ち、また、多くの場合、同じような生活環境の中で過ごします。遺伝子の変異によって発症するまれな疾患（嚢胞性線維症、鎌状赤血球症 etc）だけではなく、遺伝的要因・環境要因・生活スタイルの組み合わせによって発症すると考えられている疾患（心臓病、高血圧、特定のがん、2型糖尿病 etc）のリスクを判断する手掛かりとなります。

Q7：「**服薬中の薬**」を記載する理由は？

A7：薬は飲み合わせによって、効果が強くなり過ぎたり、効果が弱くなったり、副作用が起こることがあるので、飲み合わせを考慮して処方するためです。

## 問診票に関する疑問 Q&A 3/4

Q8：「妊娠の可能性」を聞く理由は？

A8：胎児に悪影響を及ぼす可能性のある検査や処方避け、妊婦や胎児を守るためです。従って、わずかでも可能性があるなら、「あり」と書いたほうがよいことになります。

Q9：「授乳中かどうか」を聞く理由は？

A9：母親が薬を飲むと、薬は、その成分が母乳を介して赤ちゃんにも届く場合もあります。従って、赤ちゃんに悪影響を及ぼす可能性のある量や処方避け、赤ちゃんを守るためです。

Q10：「喫煙歴」を聞く理由は？

A10：喫煙は、脂質異常症（高コレステロール）、動脈硬化症、2型糖尿病、脳卒中などの危険因子であるため、危険の有無を判断する材料となります。

## 問診票に関する疑問 Q&A 4/4

Q11：「アルコール摂取量」を聞く理由は？

A11：アルコールは、脂肪肝・肝硬変、膵炎、高血圧、脂質異常症、痛風など様々な疾患の危険因子であるため、危険の有無を判断する材料となり、依存性などを考える助けにもなります。

Q12：「食べ物アレルギー」を聞く理由は？

A12：医薬品の原料として、動物（牛、豚、鶏など）由来のコラーゲン、ゼラチン、乳糖、卵などが使われているため、医薬品の服用により食物アレルギーを起こす恐れがあります。アレルギーを起こす可能性のある処方避けるためです。

# 医薬品の情報検索

# 「病院の薬の情報」を英語で調べる 1/6

## くすりのしおり（くすりの適正使用協議会）

English 



**くすりのしおり**  
一般社団法人  
by くすりの適正使用協議会

 くすり検索

 **くすりのしおりとは**

 くすり知恵袋

   メルマガ登録

### くすりのしおり®とは

くすりのしおりは、患者さんにわかりやすい表現で要約した、お薬の情報です。  
くすりに関するさまざまな情報を正確にわかりやすく発信することで、患者さんの不安によりそい、医療関係者との円滑なコミュニケーションの促進をめざしています。

お薬のことをもっと知るために



**くすりのしおり**  
をご存じですか?



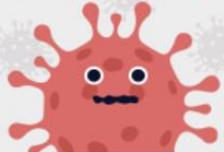
くすりのしおり®の特徴・内容などを分かりやすく説明しています。

 **ダウンロード**

くすりには効果（ベネフィット）だけでなく副作用（リスク）があります。  
その副作用をなるべく抑え、効果を最大限に引き出すためには、くすりを使用される患者さんの理解と、医療関係者との適切なコミュニケーションが不可欠です。

くすりのしおりは、そんなくすりにまつわる「正確な情報発信」と「コミュニケーションの促進」をより推し進めていくため、ブランドデザインとWebサイトを2022年にリニューアルいたしました。

新型コロナウイルス関連



**あなたのくすり  
いくつ飲んでいきますか？**

# 「病院の薬の情報」を英語で調べる

2/6

English

病院・クリニックで処方される医療用医薬品を検索できます。  
掲載数16,338

製品名で検索  
キーワードを入力してください

製品名	主成分	剤形・色	シート記載・記号	フリーワード
で検索				

企業名で絞り込む  
すべての企業から検索

英語の有無で絞り込む  
英語版の有無を問わない

内外注区分で絞り込み  
すべての内外注区分

薬効分類で絞り込む  
すべての薬効分類

以上の条件で検索

製品名を索引から探す  
あ か さ た な は ま や ら わ

くすりのしおり  
一般社団法人  
by くすりの適正使用協議会

くすり検索  
くすりのしおりとは  
くすり知恵袋  
メルマガ登録

新型コロナウイルス関連  
あなたのくすり  
いくつ飲んでますか?

日本語

Search for Drug Information Sheets (Kusuri-no-Shiori) for prescription drugs.  
11,207 sheets

Search Product name  
Enter keywords

Product name	Active substance	Dosage form, color	Imprint or print on wrapping	Keywords search
Search				

Pharma company  
All

How is it used/taken?  
All type

What kind of disease is it used to treat?  
All area

Search

Search by alphabetical order

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

くすりのしおり  
一般社団法人  
by くすりの適正使用協議会  
Kusuri-no-Shiori  
(Drug Information Sheet)

Search  
About this site  
海外渡航関連情報  
使用協議会

<https://www.rad-ar.or.jp/siori/english/>

# 「病院の薬の情報」を英語で調べる

3/6

くすりのしおりには何が書かれているの？

くすりのしおり	
内服剤 2021年07月改訂	
薬には効果（ベネフィット）だけでなく副作用（リスク）があります。副作用をなるべく抑え、効果を最大限に引き出すことが大切です。そのために、この薬を使用される患者さんの理解と協力が必要です。	
製品名：x x x x錠 100mg「レーダー」	
主成分：x x x x x x (xxxxx xxxxx)	
剤形：白色の錠剤、直径9.3mm、厚さ3.9mm	
シート記載など：x x x x錠 100mg「レーダー」、鎮痛・抗炎症・解熱剤	
<b>この薬の作用と効果について</b>	
炎症を引きおこすサンプル生成を抑え、炎症に伴う腫れや痛みをやわらげ、熱を下げます。通常、関節リウマチ・変形性関節症ほか手術後や外傷後並びに抜歯後の鎮痛・消炎、急性上気道炎の解熱・鎮痛に用いられます。	
<b>次のような方は注意が必要な場合があります。必ず担当の医師や薬剤師へ伝えてください。</b>	
・以前に薬や食べ物で、かゆみ、発疹などのアレルギー症状が出たことがある。消化性潰瘍、血液疾患、肝障害、腎障害、心障害、アスピリン喘息または既往歴 ・妊娠または授乳中 ・他に薬などを使っている（お互いに作用を強めたり、弱めたりする可能性もありますので、他に使用中の一般医薬品や食品も含めて注意してください）。	
<b>用法・用量（この薬の使い方）</b>	
・あなたの用法・用量は（ ）：医療担当者記入）	
・通常、成人は1回1錠（x x x x x xとして60mg）を1日3回服用します。 年齢・症状により適宜増減されます。また、空腹時に飲むことはなるべく避けてください。必ず指示された服用方法に従ってください。	
・飲み忘れた場合は、気がついた時点で1回分を飲んでください。ただし、次の飲む時間が近い場合は、忘れた分を飲まないで、次の飲む時間に1回分を飲んでください。絶対に2回分を一度に飲んではいけません。	
・誤って多く飲んだ場合は医師または薬剤師に相談してください。	
・医師の指示なしに、飲むのを止めないでください。	
<b>生活上の注意</b>	
・めまいやふらつきがあらわれることがありますので、高所作業、車の運転など危険をとまぬ機械の操作には気をつけてください。	
<b>この薬を使ったあと気をつけていただくこと（副作用）</b>	
主な副作用として、胃部不快感、みぞおちの痛み、腹痛、吐き気・嘔吐、食欲不振、浮腫・むくみ、発疹、蕁麻疹、眠気、発熱、そう痒感などが報告されています。このような症状に気づいたら、担当の医師または薬剤師に相談してください。	
<b>まれに下記のような症状があらわれ、[ ]内に示した副作用の初期症状である可能性があります。</b>	
<b>このような場合には、使用をやめて、すぐに医師の診察を受けてください。</b>	
・顔が蒼白になる、呼吸がしにくい、冷や汗が出る [ショック、アナフィラキシー]	
・鼻血が出る、歯ぐきから出血する、手足にあざなどができやすい [無顆粒球症、溶血性貧血、白血球減少、血小板減少]	
・皮膚・粘膜が赤く腫れて発疹や水ぶくれができる、発熱、全身倦怠感 [中毒性表皮壊死融解症、皮膚粘膜眼症候群]	
・尿の量が減る、むくみ、食欲がない [急性腎障害、ネフローゼ症候群、間質性腎炎]	
・呼吸がしにくい、全身がむくむ [うっ血性心不全]	
<b>以上の副作用はすべてを記載したものではありません。上記以外でも気になる症状が出た場合は、医師または薬剤師に相談してください。</b>	
<b>保管方法 その他</b>	
・乳幼児、小児の手の届かないところで、直射日光、高温、湿気を避けて保管してください。	
・薬が残った場合、保管しないで廃棄してください。廃棄方法がわからない場合は受け取った薬局や医療機関	

「薬効・薬理」の説明

「禁忌」など特別に注意が必要な患者さんについて記載

「用法・用量」

「飲み忘れたときの注意」

「誤って多く飲んだときの注意」

食事の影響や眠気など、  
「生活上の注意」

「重大な副作用」の初期症状

しおりは、多くの医療機関でトライアルを実施し、「医療者と患者の対話促進の媒体として有効」、「医薬品の適正使用に寄与」などを確認しています。

しおりの運営管理はくすりの適正使用協議会が行っていますが、しおりそのものの作成・改訂は各製薬企業が担当しています。くすりの適正使用協議会のホームページから Word でダウンロードができるので、必要な部分だけのピックアップや、患者さんに合わせた情報の追記などの様々な加工が可能です。

# 「病院の薬の情報」を英語で調べる

4/6

英語版のくすりのしおりは何のため？

## 2 渡航時

Drug Information Sheet ("Kusuri-no-Shiori")	
Internal Revised: 07/2021	
The information on this sheet is based on approvals granted by the Japanese regulatory authority. Approval details may vary by country. Medicines have adverse reactions (risks) as well as efficacies (benefits). It is important to minimize adverse reactions and maximize efficacy. To obtain a better therapeutic response, patients should understand their medication and cooperate with the treatment.	
<b>Brand name:</b> XXXXXX TABLETS 100mg "RADAR"	
<b>Active ingredient:</b> XXXXXX	
<b>Dosage form:</b> white tablet, diameter: 9.3mm, thickness: 3.9mm <b>Imprint or print on wrapping:</b> XXXXXX 100mg. 鎮痛・抗炎症・解熱剤	
<b>Effects of this medicine</b> This medicine suppresses prostaglandin synthesis that causes inflammation, and acts to ease swelling/pain induced by inflammation as well as to bring down fever. It is usually used to treat rheumatoid arthritis and osteoarthritis. It is also used to reduce pain and inflammation after surgery, wounds and tooth removal, as well as to bring down fever or ease pain induced by acute inflammation of upper respiratory tract.	
<b>The following patients may need to be careful when using this medicine. Be sure to tell your doctor and pharmacist.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• If you have previously experienced any allergic reactions (itch, rash, etc.) to any medicines or foods.</li><li>• If you have: peptic ulcer, blood disease, liver/kidney/heart disorders, aspirin asthma or its history.</li><li>• If you are pregnant or breastfeeding.</li><li>• If you are taking any other medicinal products. (Some medicines may interact to enhance or diminish medicinal effects. Beware of over-the-counter medicines and dietary supplements as well as other prescription medicines.)</li></ul>	
<b>Dosing schedule (How to take this medicine)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Your dosing schedule prescribed by your doctor is( (to be written by a healthcare professional))</li><li>• In general, for adults, take 1 tablet (60 mg of XXXXXX) at a time, 3 times a day.</li><li>The dose may be adjusted according to your age and symptoms. Avoid taking the medicine on an empty stomach. Strictly follow the instructions.</li><li>• If you miss a dose, take the missed dose as soon as possible. If it is almost time for the next dose, skip the missed dose and continue your regular dosing schedule. You should never take two doses at one time.</li><li>• If you accidentally take more than your prescribed dose, consult with your doctor or pharmacist.</li><li>• Do not stop taking this medicine unless your doctor instructs you to do so.</li></ul>	
<b>Precautions while taking this medicine</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• You may feel dizziness/light-headedness due to decreased blood pressure. Therefore pay close attention when driving a car, working at heights or operate dangerous machinery while taking this medicine.</li><li>• Do not take grapefruit juice and the medicine together as it may intensify the effect of the medicine.</li></ul>	
<b>Possible adverse reactions to this medicine</b> The most commonly reported adverse reactions include gastric discomfort, pain in the pit of the stomach, stomachache, nausea/vomiting, loss of appetite, edema/swelling, rash, hives, drowsiness, fever, and itch. If any of these symptoms occur, consult with your doctor or pharmacist. <b>The symptoms described below are rarely seen as initial symptoms of the adverse reactions indicated in brackets. If any of these symptoms occur, stop taking this medicine and see your doctor immediately.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• pale face, breathing difficulty, cold sweat [shock, anaphylaxis]</li><li>• nose/gums bleeding, bruising on the limbs [agranulocytosis, hemolytic anemia, leukopenia, thrombocytopenia]</li><li>• redness/swelling/rash/blister of skin/mucous membrane, fever, general malaise [toxic epidermal necrosis, oculomucocutaneous syndrome]</li><li>• decreased urine output, swelling, loss of appetite [acute renal disorder, nephrotic syndrome, interstitial nephritis]</li><li>• breathing difficulty, general swelling [congestive heart failure]</li></ul> <b>The above symptoms do not describe all the adverse reactions to this medicine. Consult with your doctor or pharmacist if you notice any symptoms of concern other than those listed above.</b>	
<b>Storage conditions and other information</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Keep out of reach of children. Store away from direct sunlight, heat and moisture.</li><li>• If you don't know how to discard, consult your pharmacy or medical institution about how to discard them.</li><li>• Do not give this medicine to anyone else.</li></ul>	
<b>For healthcare professional use only</b> / /	
For further information, talk to your doctor or pharmacist.	

英語版しおりがありますよ！



今度、海外旅行に行くのだけど、いつも飲んでいる血圧の薬も持って行かないと。税関で聞かれたらどうしよう？

### Point

ビジネスや観光で日本から海外に行く時に持参薬の英文薬剤証明書があれば、どんな薬なのかの説明を求められても安心です。

英文薬剤証明書は公的に規定された書類はありませんが、英語版しおりを参考に服用している薬剤名（一般名）、剤形、含有量、疾患名などを記載して、作成が可能です。

# 「OTC薬の情報」を英語で調べる 5/6

— 自分に合ったおくすりを探そう —



**OTC** 医薬品 **おくすり検索**  
Medicine Search

症状、おくすりの効果などから  
OTC医薬品を検索できます。

日本語  English 

## How to use Medicine Search.

“药品搜索”的使用方法, “藥品搜索”的使用方法  
「의약품 검색」사용법



[click here for details](#) 

## 新着情報

Information

[一覧](#) 

2021年7月1日

GS1 JAPAN (一般社団法人 流通システム開発センター) 機関誌 GS1 Japan Review 第3号(68-71ページ)に『OTC薬の製・配・販連携による流通情報と適正使用情報の管理・提供』が掲載されました

掲載された冊子(GS1 Japan Review)については、[こちら](#)をご覧ください



Search by body parts



Search by indications



Please refer to our policy



<https://www.gsm-db.info>

# 「病院の薬の情報」を英語で調べる

6/6

英語で「pain reliever」と検索すると127 hits

## ADAM A Tablets



1. Relief of the following symptoms: headache, toothache, menstrual cramps, sore throat, joint pain,...

KOKANDO PHARMACEUTICAL CO., LTD.

24 Tablet x1 Piece

¥750+Tax

English 简体中文

商品名

効能・効果

価格

対応言語

容量

## BAYER\_ASPIRIN



Sato Pharmaceutical Co., Ltd.

10 Tablet x1 Piece

¥480+Tax

English 简体中文 繁体中文 한국어

## BUFFERIN A



(1) Pain relieving effect on headache, pain due to stiff shoulders, menstrual pain, back pain, joint...

Lion Corporation.

10 Tablet x1 Piece

¥400+Tax

English

# お役立ちサイト

# お役立ちサイト 1/4

## 多言語問診票

下記以外にも千葉市医師会、長野県、AMDA国際医療情報センターなど様々な機関が掲載・紹介しているが、診療科数、言語数が突出して多く、認知度が高いと思われる厚労省およびNPO法人国際交流ハーティ港南台が作成した問診票を以下に紹介する。

- 厚労省 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/kokusai/setsumeiml.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/setsumeiml.html)

2013年に厚労省の事業として日本医療教育財団により作成され、定期的な更新はなされていない。

16 診療科（内科、外科、整形外科、脳神経外科、精神科、小児科、皮膚科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、呼吸器科、循環器科、消化器科、血管外科、泌尿器科）下線はNPOにないもの

6 言語（英語、中国語、韓国語、ポルトガル語、スペイン語、ウクライナ語）

- NPO法人国際交流ハーティ港南台・かながわ国際交流財団 <https://kifjp.org/medical/>

1997年より地域の病院の問診票が翻訳され、2022年も更新されており、日本産婦人科学会がHPで紹介している。

11 診療科（内科、外科、整形外科、神経外科、精神科、小児科、皮膚科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科）

21 言語（英語、中国語、韓国・朝鮮語、ポルトガル語、スペイン語、ウクライナ語、タガログ語、ベトナム語、タイ語、インドネシア語、カンボジア語、ネパール語、ラオス語、ドイツ語、ロシア語、フランス語、ペルシャ語、アラビア語、クロアチア語、タミル語、シンハラ語）下線は厚労省にないもの

## 新型コロナワクチン多言語予診票

厚労省作成。

16ヶ国語（英語、中国語、韓国語、ポルトガル語、スペイン語、アラビア語、フランス語、インドネシア語、クメール語、モンゴル語、ミャンマー語、ネパール語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ベトナム語）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_tagengo.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_tagengo.html)

## メディカルハンドブック

茨城県国際交流協会提供。外国人患者が医師に自分の症状を指差しで説明するためのハンドブック。9ヶ国語に対応。

<https://www.ia-ibaraki.or.jp/kokusai/soudan/medical/index.html>

## 日本語学習・生活ハンドブック

文化庁 [https://www.bunka.go.jp/seisaku/kokugo\\_nihongo/kyoiku/handbook/pdf/en\\_zencho.pdf](https://www.bunka.go.jp/seisaku/kokugo_nihongo/kyoiku/handbook/pdf/en_zencho.pdf)

## 外国人患者の受け入れのための医療機関向けマニュアル（厚労省）

宗教・習慣の違いなどが詳細に解説されている

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173230\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173230_00003.html)

## 医療通訳テキスト

厚労省HP掲載。テキスト内容：人体器官図、通訳理論と技術、倫理とコミュニケーション、通訳実技、5ヶ国語（日・中・英・ポルトガル・スペイン語）の単語集（74ページ）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056944.html>

## 医療用医薬品の添付文書（英語版）検索サイト

くすりの適正使用協議会HP掲載。医療用医薬品の添付文書（英語版）をキーワード（製品名、成分など）検索可能

<https://www.rad-ar.or.jp/siori/>

## OTC医薬品（薬局・ドラッグストア）の添付文書（英語版）検索サイト

OTC医薬品（処方箋なしで購入可）の名称・価格などが英語キーワード（体の部位、効能、フリーワード）で検索可能

[https://search.jsm-db.info/sp\\_en/index.php](https://search.jsm-db.info/sp_en/index.php)

## からだとくすりのはなし

中外製薬提供。一般の方向けに「脳、耳、口など23の器官の働き」、「くすりの効果、副作用、アレルギー、要指導薬と一般用医薬品、スイッチOTC医薬品」などがイラストを使って分かりやすく説明されている。

<https://www.chugai-pharm.co.jp/ptn/medicine/index.html>

# 初診問診票

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭平令 年 月 日(満 歳) 男 女

現住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 - -

職業 \_\_\_\_\_ 身長 cm 体重 kg 本日の体温 °C

■具合の悪いところを具体的に記入してください。どこがどのように悪いですか？

---

---

---

■いつからですか？

---

■今回の症状でどちらかの病院にかかりましたか？

いいえ はい 年 月 日から \_\_\_\_\_ にかかっている

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを( )に記入して下さい

喘息( 歳頃) 肺炎( 歳頃) がん( 歳頃)  
高血圧( 歳頃) 肝臓病( 歳頃) 腎臓病( 歳頃)  
糖尿病( 歳頃) 脳卒中( 歳頃) 結核( 歳頃)  
心臓病( 歳頃) その他(病名: 歳頃)

■薬のアレルギーはありますか？ なし あり( )

■食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり( )

■現在飲んでいる薬はありますか？ なし あり(薬品名: )

■たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた 1日 本、約 年間

■アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいて

ビール mL/日 ウイスキー mL/日 日本酒 mL/日 ワイン mL/日

その他 mL/日

■女性の方へ

妊娠している可能性は？ ない ある わからない

現在、授乳中ですか？ いいえ はい

## 患者設定 1

項目	情報
患者情報	名前 イ・ミンホ 性別 男 生年月日 1972年8月29日 住所 松山市一番町3-1-1 電話番号 089-945-3111 身長 180cm 体重 75kg 体温 38.8℃ 職業 会社員 国籍 韓国 言語 韓国語
症状経過	昨日の夜中から急に寒気がした。全身がだるく、手足の関節が痛くて目が覚めた。熱を測ると38.2℃であった。食欲もなく、喉が痛いため、朝食は食べられなかった。
アレルギー	牛乳
治療中の病気	高血圧
今までにかかった病気	なし
服用中の薬	アムロジピン
飲酒歴	ビールを1日500ml缶で2本ほど飲む
喫煙歴	なし
妊娠授乳の有無	該当なし

## 患者設定 2

項目	情報
患者情報	名前 エマ・ワトソン 性別 女 生年月日 1990年4月15日 住所 松山市湊町5-1-1 電話番号 090-9488-2111 身長 165cm 体重 45kg 体温 37.5°C 職業 教師 国籍 イギリス 言語 英語
症状経過	1ヶ月前から食事をした後に腹痛あり。鈍い痛みであった。胸焼けがあり、お腹が張っている感じがあり、食欲もあまりなかった。2, 3日前から吐き気があり、痛みが背中に広がってきた。今朝、真っ黒な便が出て、心配になり初めて病院に来た。
アレルギー	食物アレルギー（カニ、エビ）
治療中の病気	なし
今までにかかった病気	虫垂炎（15歳の時手術）
服用中の薬	なし
飲酒歴	時々ビールを350ml缶で1本飲む
喫煙歴	なし
妊娠授乳の有無	該当なし

# INTERNAL MEDICINE

ない か もんしんひょう  
内科問診票

English  
英語

Check  all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年 month 月 day 日

Name 名前		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年 _____ month 月 _____ day 日	Phone 電話	
Address 住所			
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか

<input type="checkbox"/> fever( °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> sore throat のどが痛い	<input type="checkbox"/> cough せき	<input type="checkbox"/> headache 頭が痛い
<input type="checkbox"/> chest pain 胸が痛い	<input type="checkbox"/> rash 発しん	<input type="checkbox"/> heart palpitation 動悸	<input type="checkbox"/> shortness of breath 息切れ
<input type="checkbox"/> swelling むくみ	<input type="checkbox"/> dizziness めまい	<input type="checkbox"/> tightness in chest 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> abdominal pain お腹が痛い
<input type="checkbox"/> stomachache 胃が痛い	<input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧	<input type="checkbox"/> numbness しびれ	<input type="checkbox"/> excessive thirst 口が渇く
<input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている	<input type="checkbox"/> abdomen feels swollen お腹が張る	<input type="checkbox"/> loss appetite 食欲がない	<input type="checkbox"/> bloody stool 血便
<input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐	<input type="checkbox"/> nausea 吐き気	<input type="checkbox"/> diarrhea 下痢	
<input type="checkbox"/> weak だるい	<input type="checkbox"/> excessive fatigue 疲れやすい	<input type="checkbox"/> others その他	

How long have you had these problems? それはいつからですか

Since \_\_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_\_ day 日から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Yes はい →  medication 薬  food 食べ物  others その他  No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください  No いいえ

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Yes はい → \_\_\_\_\_ months ヶ月  No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

Yes はい  No いいえ

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気
<input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病
<input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒	

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか

Yes はい  No いいえ

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか

Yes はい  No いいえ

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか

Yes はい  No いいえ

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Yes はい  No いいえ

## Internal Medicine Questionnaire/内科 問診票

<b>Name of patient</b> /患者氏名				<b>For staff only</b> /医療機関記入欄	BT=	℃
<b>Date of birth</b> /生年月日 (西暦)	Year/年	Month/月	Day/日		PR=	/分
	( Years old/歳)			BP=	mmHg	
				RR=	/分	
				SPO2=	%	
<b>Height/Weight/身長・体重</b>	_____ cm _____ kg			<b>Sex/性別</b>	<input type="checkbox"/> Male/男性	<input type="checkbox"/> Female/女性
<b>Allergies</b> /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicine/薬:					

**What is the problem today? (Check all that apply.)**  
/今日どのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

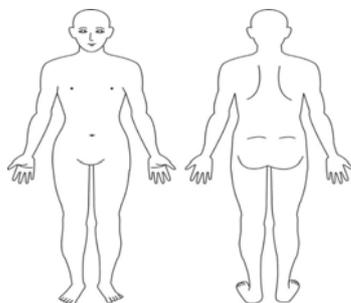
- |  |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever/発熱                | <input type="checkbox"/> Cough/咳                    | <input type="checkbox"/> Runny nose/鼻水               | <input type="checkbox"/> Phlegm/痰  | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing<br>/息が苦しい | <input type="checkbox"/> Palpitation/動悸       |
| <input type="checkbox"/> Feel sulgish<br>/身体がだるい | <input type="checkbox"/> Get easily tired<br>/疲れやすい | <input type="checkbox"/> Shortness of breath<br>/息切れ | <input type="checkbox"/> Dizziness/めまい   | <input type="checkbox"/> Loss of appetite<br>/食欲がない     | <input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐          |
| <input type="checkbox"/> Bloody stool/血便         | <input type="checkbox"/> Frequent urination<br>/頻尿  | <input type="checkbox"/> Bloody urine/血尿             | <input type="checkbox"/> Weight loss<br>/体重減少  | <input type="checkbox"/> Feel thirsty<br>/喉が渇く          | <input type="checkbox"/> Hypertension<br>/高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Paralysis/麻痺            | <input type="checkbox"/> Swelling/むくみ               | <input type="checkbox"/> Hives/じんましん                 | <input type="checkbox"/> Insomnia/不眠   | <input type="checkbox"/> Numbness/しびれ                   | <input type="checkbox"/> Nausea/吐き気           |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea/下痢             | <input type="checkbox"/> Itchiness/かゆみ              | <input type="checkbox"/> Pain/痛み                     | <input type="checkbox"/> I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here. /他の医療機関から受診するように勧められた(健診含む) |   | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他:        |

**Check all that apply about your stool.**  
/便の性状に☑してください。

- |  |                                   |  |                                    |                                    |                                  |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grayish white<br>/灰白色 | <input type="checkbox"/> Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> Black/黒色                      | <input type="checkbox"/> Bloody/血便 | <input type="checkbox"/> Watery/水様 | <input type="checkbox"/> Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> Normal/普通             | <input type="checkbox"/> Hard/硬い便 | *Stool frequency per day/一日の排便回数: _____time(s)/day/回/日 |                                    |                                    |                                  |

**Describe your symptoms.**  
/症状についてご質問します。

Circle the place where you are experiencing the symptom.  
/症状のある部分に○を付けて下さい。



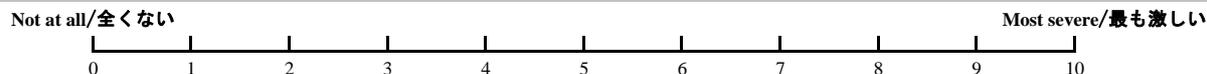
When does the symptom occur?  
/症状はどのようなときに現れますか。

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Morning/朝          | <input type="checkbox"/> Daytime/昼      | <input type="checkbox"/> Evening/夕方     | <input type="checkbox"/> While in bed/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> When waking up/起床時 | <input type="checkbox"/> Irregular /不定期 | <input type="checkbox"/> Other(s) /その他: |   |

What is the symptom like?  
/症状はどのような性質を持っていますか。

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Constant/絶え間なく、続いている                             |
| <input type="checkbox"/> The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている        |
| <input type="checkbox"/> The symptom is gradually worsening/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他                                     |

**If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.**  
/その症状の程度を数字で表すと、どのくらいですか? 下の数字のところに○を付けてください。



**When did the symptom start?**  
/この症状はいつからありますか。

\_\_\_\_\_ Year/年    \_\_\_\_\_ Month/月    \_\_\_\_\_ Day/日    From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ am/pm  
午前・午後    時    分ごろから

**Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?**  
/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- No/いいえ     Yes/はい    \*Show us your medication or a medicine pocketbook.  
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?**  
**/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？**

No/いいえ  Yes/はい

If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
 /「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Treatment progress /治療経過	Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	

<List of diseases/疾患リスト>

System of disease /疾患の系統	Disease names /疾患名
① Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer /消化器潰瘍    b. Hepatitis/肝炎    c. Hepatic cirrhosis /肝硬変    d. Others/その他
② Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧    b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞    c. Arrhythmia/不整脈    d. Heart failure/心不全    e. Others/その他
③ Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息    b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患    c. Pneumonia /肺炎    d. Pulmonary tuberculosis /肺結核    e. Others/その他
④ Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure /慢性腎不全    b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石    c. Urinary tract infection /尿路感染症    d. Others/その他
⑤ Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction /脳梗塞    b. Cerebral hemorrhage /脳出血    c. Epilepsy/てんかん    d. Others/その他
⑥ Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /糖尿病    b. Hyperlipidemia /高脂血症    c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害    d. Hyperuricemia /高尿酸血症    e. Others/その他
⑦ Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ    b. Osteoporosis /骨粗鬆症    c. Osteoarthritis /変形性膝関節症    d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア    e. Gout/痛風 f. Others/その他
⑧ Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /子宮筋腫    b. Dysmenorrhea /月経困難症    c. Infertility/不妊症    d. Others/その他
⑨ Eye disease /眼の疾患	a. Cataract/白内障    b. Glaucoma/緑内障    c. Retinopathy/網膜症    d. Others/その他
⑩ Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん    b. Colon cancer/大腸がん    c. Liver/gallbladder /pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん    d. Breast cancer/乳がん    e. Uterine cancer/子宮がん f. Lung cancer/肺癌    g. Others/その他
⑪ Mental disease /精神の疾患	a. Depression/うつ病    b. Schizophrenia /統合失調症    c. Others/その他
⑫ ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing /難聴    b. Dizziness/めまい    c. Ear noise/耳鳴    d. Pollen allergy/花粉症    e. Others/その他
⑬ Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/貧血    b. Leukemia/白血病    c. Others/その他
⑭ Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎    b. Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)    c. Others/その他

**Have you ever had surgery?**

/今までに手術をしたことがありますか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい

If you checked "Yes", write the history of your surgery.  
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.

/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

**Do you smoke regularly?**

/習慣的に、たばこを吸いますか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年_____Month/月

\*If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.  
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

**Do you drink regularly?**

/習慣的にお酒を飲みますか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他	_____ml/Day/日		

**If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?**

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Do not know/わからない

**Are you breastfeeding?**

/現在、授乳中ですか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい

**If you have a special request concerning the consultation, check the box.**

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- 
- I want to be informed of my estimated medical expenses in advance./あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- 
- 
- I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- 
- 
- Other(s)/その他：

## 事前準備

依頼者への事前連絡(ショートメール・SNS・電話等)

- ・自己紹介(MIC から事前に連絡されているので簡単でよい)
- ・待ち合わせ日時・場所・交通手段の確認(MIC から事前に連絡されている内容の確認)
- ・依頼内容の確認(MIC から事前に連絡を受けている内容を依頼者に確認)
- ・診察中の通訳の希望の有無の確認(対応出来ないあるいは付添だけなら OK の場合は、その旨了解を得ておく)
- ・(事前にわかっている場合)診察のために衣服を脱ぐ時、退室して欲しいかどうかの確認
- ・①保険証(Insurance Card) ②飲んでいる薬あるいは薬手帳(Medicine Pocketbook)など薬歴(medication/drug history)がわかるもの③関連する資料(臨床検査結果(Laboratory/Examination Results)など)の持参の有無

・同一診療科の多言語問診票(母国語あるいは英語)を用意しておく

依頼者が高齢の場合、罹っている病気や薬が多いことが想定されるので、可能であれば、事前にメールで問診票を送り、英語で記入してもらって返送あるいは持参してもらおうと問診票の記入がスムーズにいくと思う。

(可能であれば)事前に病院から問診票(Medical History Form/Medical questionnaire)を入手し、内容を確認しておく。

## 当日やること

受付での手続き(初診時)

医療機関には MIC から事前に「氏名、病名/症状、通訳者の同伴など」が連絡されているので、依頼者は名前を言って保険証を提示するだけでよい。ほとんど通訳の必要はないと思う。

受付する際、保険証の提示・問診票記入等必要なことを受付に確認し、依頼者に伝える。

紹介状を持っていますか？ Do you have a referral letter?

健康保険証を持っていますか？ Do you have your health insurance card?

健康保険証を持っていない場合、自費診療となります。 If you don't have an insurance card, you need to pay the entire amount of medical care costs yourself.

本日は全額負担していただき、後日保険会社に払い戻しを申請して下さい。 Please pay the full amount of medical fees today and claim for reimbursement to your insurance company afterwards.

初診なので問診票に記入して下さい As this is your first consultation, please fill out the medical history form/medical questionnaire.

名前が呼ばれるまで待合室でお待ち下さい。 Please wait in the waiting room until we call your name.

名前を呼ばれたら〇番の部屋に入ってください。 When you are called, please go to Room 〇.

(再診時)診察券を〇〇科のボックスに入れて下さい。 Please put your consultation card in the box at the 〇〇 section.

## 問診票の記入

### 【ポイント】

依頼者から住所・電話番号・既往歴(本人および家族の病歴)・合併症・服薬状況・アレルギー歴・喫煙歴・飲酒歴・現在の病状/経過等を聞き、問診票に記入する。

多言語問診票には日本語と外国語が併記されているので、症状、症状のある部位、程度、病歴などは該当するものを指差して確認する。英語が得意でない依頼者には、母国語と日本語が併記された問診票を使って指差してやるのが有効ではないか。おそらく、問診票の記入は待合室のため、翻訳アプリは使いづらいのではないか。

問診票に記載されている選択肢(例えば、具体的な症状)は、全て読んでから選択肢にチェックする。

患者が日本語の読み書きができると医師が誤解するのを避けるため、問診票に「通訳者代筆(自分の氏名)」と記入しておく。

フルネームと誕生日を教えてください。 Please state your full name and date of birth.

住所と電話番号を教えてください Please tell me you address and phone number.

健康保険証を持っていますか? Do you have your health insurance card?

体重は何キログラムですか? What is your weight?

身長はいくつですか? What is your height?

あなたの国籍と言語を教えてください Please tell me your nationality and native language.

熱は何度でしたか? What was your temperature?

ピーと鳴るまでこの体温計を脇の下に挟んで下さい Please keep this thermometer under your arm until it beeps.

Name 名前		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年 _____ month 月 _____ day 日	Phone 電話	
Address 住所			
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 言葉	

薬や食べ物でアレルギーはありますか? Are you allergic to any foods or medicines?

Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物:
	<input type="checkbox"/> Medicine/薬:

今日どのような症状がありますか? What is the problem today? What symptoms do you have?

(↓英語表記の症状のリストを使って指差して確認)

(厚労省・内科問診票)

**What is the problem today? (Check all that apply.)**

/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- |   |   |  |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever/発熱             | <input type="checkbox"/> Cough/咳                | <input type="checkbox"/> Runny nose/鼻水           | <input type="checkbox"/> Phlegm/痰   | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing/息が苦しい | <input type="checkbox"/> Palpitation/動悸   |
| <input type="checkbox"/> Feel sluggish/身体がだるい | <input type="checkbox"/> Get easily tired/疲れやすい | <input type="checkbox"/> Shortness of breath/息切れ | <input type="checkbox"/> Dizziness/めまい  | <input type="checkbox"/> Loss of appetite/食欲がない     | <input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐      |
| <input type="checkbox"/> Bloody stool/血便      | <input type="checkbox"/> Frequent urination/頻尿  | <input type="checkbox"/> Bloody urine/血尿         | <input type="checkbox"/> Weight loss/体重減少   | <input type="checkbox"/> Feel thirsty/喉が渇く          | <input type="checkbox"/> Hypertension/高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Paralysis/麻痺         | <input type="checkbox"/> Swelling/むくみ           | <input type="checkbox"/> Hives/じんましん             | <input type="checkbox"/> Insomnia/不眠  | <input type="checkbox"/> Numbness/しびれ               | <input type="checkbox"/> Nausea/吐き気       |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea/下痢          | <input type="checkbox"/> Itchiness/かゆみ          | <input type="checkbox"/> Pain/痛み                 | I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here. /他の医療機関から受診するように勧められた(健診含む) |   | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他:    |

(KIF・内科問診票)

**What are your symptoms? どうしましたか**

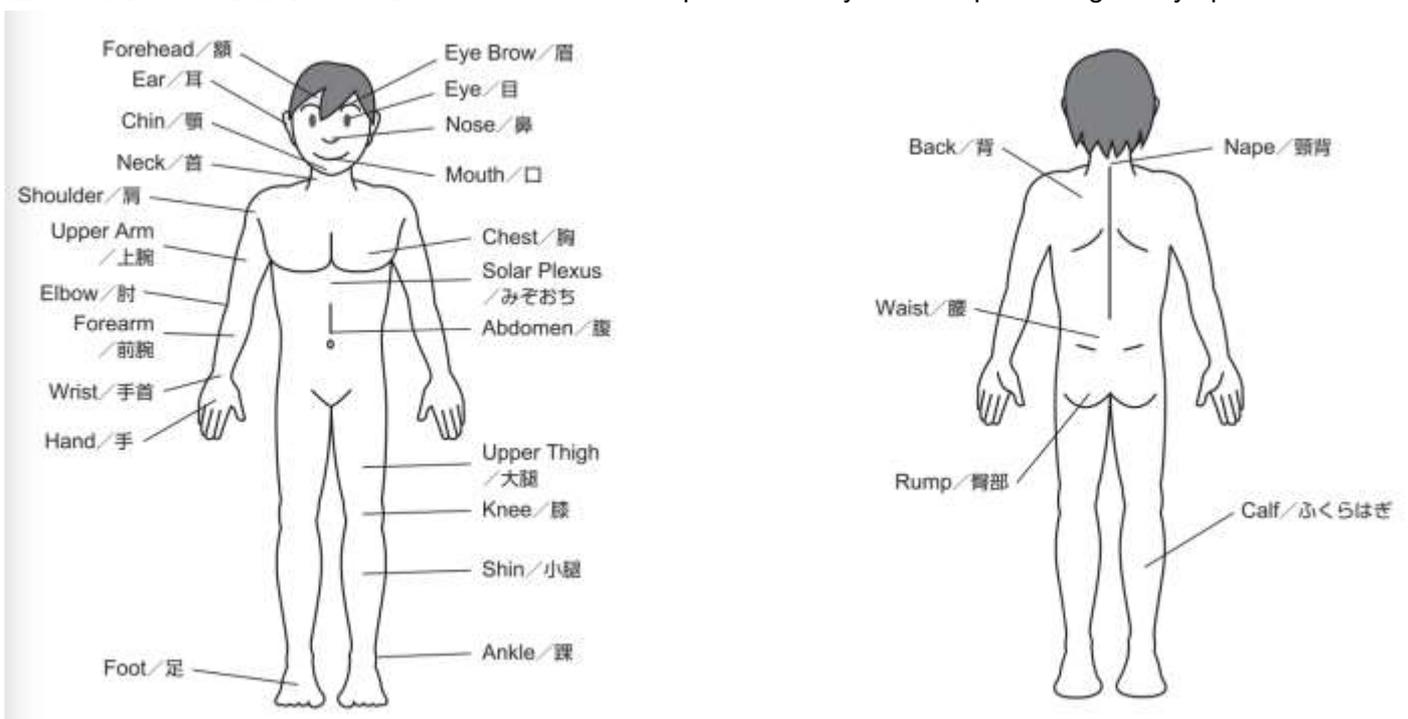
- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> fever( 熱がある)          | <input type="checkbox"/> sore throat(のどが痛い)           | <input type="checkbox"/> cough(せき)                 | <input type="checkbox"/> headache(頭が痛い)           |
| <input type="checkbox"/> chest pain(胸が痛い)      | <input type="checkbox"/> rash(発しん)                    | <input type="checkbox"/> heart palpitation(動悸)     | <input type="checkbox"/> shortness of breath(息切れ) |
| <input type="checkbox"/> swelling(むくみ)         | <input type="checkbox"/> dizziness(めまい)               | <input type="checkbox"/> tightness in chest(胸が苦しい) | <input type="checkbox"/> abdominal pain(お腹が痛い)    |
| <input type="checkbox"/> stomachache(胃が痛い)     | <input type="checkbox"/> high blood pressure(高血圧)     | <input type="checkbox"/> numbness(しびれ)             | <input type="checkbox"/> excessive thirst(口が渇く)   |
| <input type="checkbox"/> weight loss(体重が減っている) | <input type="checkbox"/> abdomen feels swollen(お腹が張る) | <input type="checkbox"/> loss appetite(食欲がない)      | <input type="checkbox"/> bloody stool(血便)         |
| <input type="checkbox"/> vomiting(嘔吐)          | <input type="checkbox"/> nausea(吐き気)                  | <input type="checkbox"/> diarrhea(下痢)              |   |
| <input type="checkbox"/> weak(だるい)             | <input type="checkbox"/> excessive fatigue(疲れやすい)     | <input type="checkbox"/> others(その他)               |   |

**Check all that apply about your stool.**

/便の性状に☑してください。

- |  |                                   |  |                                    |                                    |                                  |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grayish white/灰白色 | <input type="checkbox"/> Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> Black/黒色                      | <input type="checkbox"/> Bloody/血便 | <input type="checkbox"/> Watery/水様 | <input type="checkbox"/> Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> Normal/普通         | <input type="checkbox"/> Hard/硬い便 | *Stool frequency per day/一日の排便回数: _____time(s)/day/回/日 |                                    |                                    |                                  |

症状のある部位に○を付けて下さい。 Please circle the place where you are experiencing the symptoms.





<List of diseases/疾患リスト>

System of disease / 疾患の系統		Disease names / 疾患名			
①	Digestive disease / 消化器系の疾患	a. Peptic ulcer / 消化器潰瘍	b. Hepatitis/肝炎	c. Hepatic cirrhosis / 肝硬変	d. Others/その他
②	Circulatory system disease / 循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧	b. Angina pectoris/myocardial infarction / 狭心症・心筋梗塞	c. Arrhythmia/不整脈	d. Heart failure/心不全 e. Others/その他
③	Respiratory disease / 呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息	b. Chronic obstructive pulmonary disease / 慢性閉塞性肺疾患	c. Pneumonia / 肺炎	d. Pulmonary tuberculosis / 肺結核 e. Others/その他
④	Kidney and urological disease / 腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure / 慢性腎不全	b. Renal/urinary stone / 腎・尿管結石	c. Urinary tract infection / 尿路感染症	d. Others/その他
⑤	Brain and nervous system disease / 脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction / 脳梗塞	b. Cerebral hemorrhage / 脳出血	c. Epilepsy/てんかん	d. Others/その他
⑥	Endocrine or metabolic disease / 内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus / 糖尿病	b. Hyperlipidemia / 高脂血症	c. Thyroid gland malfunction / 甲状腺機能障害	d. Hyperuricemia / 高尿酸血症 e. Others/その他
⑦	Bone or muscle disease / 骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis / 関節リウマチ	b. Osteoporosis / 骨粗鬆症	c. Osteoarthritis / 変形性関節症	d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア e. Gout/痛風
		f. Others/その他			
⑧	Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids / 子宮筋腫	b. Dysmenorrhea / 月経困難症	c. Infertility/不妊症	d. Others/その他
⑨	Eye disease / 眼の疾患	a. Cataract/白内障	b. Glaucoma/緑内障	c. Retinopathy/網膜症	d. Others/その他
⑩	Malignant tumor / 悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん	b. Colon cancer/大腸がん	c. Liver/gallbladder /pancreatic cancer / 肝臓・胆のう・膵臓がん	d. Breast cancer/乳がん e. Uterine cancer/子宮がん
		f. Lung cancer/肺癌	g. Others/その他		
⑪	Mental disease / 精神の疾患	a. Depression/うつ病	b. Schizophrenia / 統合失調症	c. Others/その他	
⑫	ENT disease / 耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing / 聴覚	b. Dizziness/めまい	c. Ear noise/耳鳴	d. Pollen allergy/花粉症 e. Others/その他
⑬	Blood disease / 血液の疾患	a. Anemia/貧血	b. Leukemia/白血病	c. Others/その他	
⑭	Skin disease / 皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis / アトピー性皮膚炎	b. Tinea (athlete's foot) / 白癬症(水虫)	c. Others/その他	

家族の病歴

Family's medical history : Fill out family's age and check(✓) any diseases they had. 家族の病歴							
	age 年齢	healthy 健康	not healthy 健康ではない	hereditary disease 遺伝病	high blood pressure 高血圧	diabetes 糖尿病	cancer がん
father 父	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mother 母	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brothers 兄弟	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sisters 姉妹	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
husband 夫	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
children 子ども	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Have you ever had surgery?**

**/今までに手術をしたことがありますか。**

- No/いいえ  Yes/はい

**If you checked "Yes", write the history of your surgery.**

**/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。**

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

**※If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.**

**/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。**

**Do you smoke regularly?**

**/習慣的に、たばこを吸いますか。**

- No/いいえ  Yes/はい  Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年_____Month/月

**\*If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.**

**/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。**

**Do you drink regularly?**

**/習慣的にお酒を飲みますか。**

- No/いいえ  Yes/はい  Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール _____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー _____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒 _____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン _____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他 _____ml/Day/日	

**If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?**

**/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。**

- No/いいえ  Yes/はい  Do not know/わからない

**Are you breastfeeding?**

**/現在、授乳中ですか。**

- No/いいえ  Yes/はい

**If you have a special request concerning the consultation, check the box.**

**/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。**

- I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- I want to have an interpreter if an interpreter service is available. /通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Other(s)/その他 :

## 診察

・問診(症状については問診票と重複する)

どうされました？ What are your symptoms?

もう少し詳しく症状について話してください。 Could you tell me a little bit more about your symptoms?

いつから症状がありますか？ When did it start?

3日前から〇が続いています。 I have had a ○ for past three days.

お腹の痛みは継続的にありますか？ Are your stomach pains continuous?

波があります。 They come and go.

前にもこの症状はありましたか？ Have you had these symptoms before?

(前にも同じ症状があった場合)医師の診察/診断は受けましたか？ Have you had a consultation/diagnosis from a doctor?

原因に何か心当たりはありますか？ Do you have any idea for the cause?

何かにあたったかもしれません。 I think I ate something bad.

一日中寝込みました。 I stayed in bed all day.

どこが痛みますか Where is the pain?

どんなふうに痛みますか How is it painful?

どのような痛みですか？ズキズキしますか？ピリピリしますか？ What kind of pain is it? Is it like sharp pain or tingling?

人生最大の痛みを10として今の痛みはどれくらいですか？ On a scale of one to ten, with ten being the worst pain imaginable, how severe is it?

痛みは良くなってきていますか、ひどくなってきていますか？ Has the pain been getting better or worse?

食欲はありますか Do you have an appetite?

よく眠れていますか？ Have you been sleeping well?

夜中に何回も起きます I wake up a lot at night.

寝汗はかきますか？ Have you had night sweats?

他に何か症状はありますか？ Is there anything else?

・診察(聴診・触診など)

のどの検査

ちょっと見せてもらってもいいですか？ Can I have a look?

口を大きく開けてのどを見せてください Please open your mouth and show your throat.

喉に薬を塗ります Dr applies medicine to your throat because your throat is swollen.

目を見るので天井を見て下さい。 I'm going to take a look at your eyes. Can you look up to the ceiling please?

首のリンパ節を触りますね。 I'm going to touch your neck, looking for lymph nodes.

聴診

胸の音を聞きましょう I'm going to listen to your chest.

シャツを上げて胸を出して下さい Please pull up your shirts and show me your chest.

息を大きく吸ってください Please take a big/deep breath in.

息を止めて下さい Please hold your breath.

じっとしててください Please stay still.

息を吐いて下さい Please breathe out.

後ろを向いて下さい Please turn your back.

血圧/脈を測ります I'm going to take your blood pressure/pulse.

#### 腹部触診

それでは診察させていただきます。 Now, I'm going to examine you.

このベッドに 仰向け/うつ伏せ/右を下 に寝てもらえますか Please lie on your back/stomach/right side in this bed.

ズボンを下げてお腹を見せて下さい Please lower your pants and show me your abdomen.

どこが痛みますか？ Where do you have a pain?

ここを押すと痛いですか？ Does it hurt when I press here?

診察台から降りて下さい You can get up from the examination table now.

#### ・検査(採血、X線撮影など)

##### 採血

血液検査をするので○番窓口に行ってください We need to take some blood tests, please go to Window ○.

採血をします I'm going to draw some blood sample.

袖をまくってもらってもいいですか Can you tuck your sleeves up?

アルコール綿でかぶれたことはありますか？ Have you ever had problems with alcohol swabs?

今まで採血中に気分が悪くなったことがありますか？ Have you ever felt sick during a blood sampling?

親指を中にして拳を握ってください Please hold your fist with your thumb inside.

ちょっとチクツとします You might feel a little prick.

拳を緩めて下さい Please relax your fist.

##### 胸部 X 線

レントゲンを撮るので○番窓口に行ってください We need to take an X-ray, please go to Window ○.

上着を脱いで下着だけになって下さい You should take off your clothes and only underwear.

ここに立ってください Please stand here.

ゆっくり呼吸をして下さい Please breathe slowly.

息を大きく吸ってください Please take a deep breath in

息を止めて下さい Please hold your breath.

息を吐いて下さい Please breathe out.

息を吸ってください Please breathe in.

終わりました。服を着てください。 That is all. Please put on your clothes.

#### MRI(Magnetic Resonance Imaging)検査

MRI は電波と強力な磁場を用いて体の中の臓器の電子画像を作るシステムです。 MRI is a system for producing electronic pictures of the organs inside a person's body, using radio waves and a strong magnetic field.

身につけている金属類は全て外して下さい。クレジットカード・定期券などの磁気カードは、MRI 装置から発生している磁気のために使えなくなってしまうので、検査室には持ち込まないで下さい。

**Please remove all the metal you are wearing. Please do not bring magnetic cards such as credit cards and**

**commuter passes into the examination room as they cannot be used due to the magnetism generated by the MRI device.**

大きな音とベッドの振動がありますが、心配いりません。 You will hear a big sound and feel the bed vibrate. Please do not concerned.

検査時は体を動かさないで下さい。 Do not move your body during the examination.

検査時間は 20 分から 30 分です。 The duration will be about 20-30 minutes.

・診断結果、治療方法および処方説明

診察の結果、あなたは〇〇の病気です Based on the results, I found that you have a 〇〇.

完全に治すには約 1 ヶ月半かかります It will take about one and a half months to complete the treatment.

ジェネリック医薬品を希望しますか？ Would you prefer the generic brand?

先発品と同じ成分ですが、安価です。 It contains the same ingredient(s) but costs less (than the brand name drug).

この薬には、ジェネリック医薬品はありません。 There is no generic version of this product yet.

薬を処方するので、近くの薬局で受け取ってください。As I prescribe the medicine, you should pick up the medicine at a nearby pharmacy.

【具体事例 診断】

あなたの鼻づまりと頭痛は、鼻の奥にある副鼻腔が炎症を起こしていることが原因だと思います。

I think your stuffy nose and headache are caused by an inflamed sinus in the back of your nose.

【具体事例 処方説明】

痛み止め薬を出します。1 日 3 回、食後に1錠ずつ飲んでください。服用を忘れた場合、次の薬の時間まで4時間以上空いていれば、忘れた分の薬を飲んでも構いません。胃に負担がかかるので空腹時を避けて飲んでください。胃が弱いということですので、念のために、胃の粘膜を守る胃薬を出します。痛み止めと一緒に1日3回飲んでください。次の薬の時間までに痛みが強く、我慢できない場合は別に処方する座薬の痛み止めを使ってください。座薬は、1 日 2 回まで、8 時間以上間をあけて使用してください。

I will give you painkillers. Take 1 tablet 3 times a day after meals. If you miss a dose, you can take the missed dose as long as you have at least 4 hours left until the next medication. Do not take it on an empty stomach as it will put a strain on your stomach. Since the stomach is weak, I will give you a stomach medicine that protects the mucous membrane of the stomach just in case. Take with painkillers 3 times a day. If you feel pain by the time of the next medicine and cannot tolerate it, use a separately prescribed suppository painkiller. Suppositories should be used up to twice daily, with an interval of at least 8 hours.

・次回診察の相談・予約

薬を飲んで良くならなかつたらまた来てください If the medicine does not work, you should come back again.

一週間後に診察を受けてください Please come back for a check-up a week from now.

検査結果は〇日後に出ます You will get the results of the examinations 〇 days from now.

予約を取りますか Would you like to make an appointment?

希望日はありますか？ Do you have a preferred date?

都合の良い日時を教えてください Please let me know convenient date.

このカルテを〇番窓口に出して下さい Please submit this medical report to Window 〇.

薬局で薬をもらって帰して下さい。 Please go to the pharmacy and receive your medicine before you go home.

お大事に Please take good care of yourself.

・支払い

受付で支払いをして下さい。 Please pay at the reception desk.

(院外処方の場合)診療費は〇〇円です。 The consultation fee/doctor's fee comes to 〇〇 yen.

〇〇薬局に行って処方箋の薬をもらって下さい。 You have to go to 〇〇 Pharmacy to have your prescription filled. 薬代は病院とは別に薬局で支払います。 You will be charged separately at the pharmacy for any medicine you need.

この病院/医院には院内薬局があります。 This hospital/clinic provides in-house prescription.

(院内処方の場合)診察料と〇日分の薬代で、△円になります。 The consultation fee and medicine for 〇 days comes to △ yen.

自己負担は〇〇円です。 Your co-pay is 〇〇 yen.

現金払いです You have to pay by cash.

クレジットカードによる支払いは大きな病院に限られます。 Payment by credit card is only accepted at major hospitals.

こちらがお薬の処方箋です。 This is your prescription for medication.

院内薬局で薬をもらって下さい。 Please go to the hospital pharmacy to fill the prescription.

この処方箋を院外薬局に出して薬をもらって下さい。 Please take this to a pharmacy to get your prescription filled.

次回お越しになる際は診察券を忘れずにお持ち下さい。 Please bring your patient ID card next time you come.

(歯科などの場合)次の診療予約を取りますか? Do you want to make next appointment to have a medical consultation?

診断書は必要ですか? Do you need a doctor's note?

・調剤薬局で受付・問診票の作成・薬の受け取り・服用説明

受付で、処方箋を提出、保険証を提示し、求められれば問診票を記載する。薬局の問診票は、アレルギーや服薬歴中心であり、病院のものと同様に記入する。

カウンターに処方箋、保険証とお薬手帳を出します。 Give the prescription, health insurance card, and your notebook for recording your medicine.

あなたの処方箋は〇分くらいで用意できます。 Your prescription will be ready in about 〇 minutes.

名前が呼ばれるまでここで待たなければいけません。 We need to wait here until your name is called.

飲み薬はカプセルと錠剤の〇種類です。 There are 〇 kinds of capsules and tablets to take.

〇日分のお薬です。 This is enough medicine for 〇 days.

1日1錠、1日3回、食後に飲んで下さい。 Please take one tablet three times a day after meals,

薬の説明「薬局で使える!外国人患者対応のための英語コミュニケーションマニュアル(くすりの適正使用協議会)」から抜粋しています。内服薬、外用薬以外の説明は、元資料を参照して下さい。

薬の剤形

錠剤 Tablet カプセル剤 Capsule 顆粒剤 Granules 散剤 Powder 液剤 Liquid シロップ剤 Syrup うがい薬 Mouthwash 坐薬 Suppository

Shape / Type  
(形/タイプ)



tablet  
(錠剤)



capsule  
(カプセル)



powder  
(粉)



syrup  
(シロップ)



Mouthwash  
(うがい薬)



Spray  
(スプレー)

服薬説明ツール(石川県薬剤師会)

投与回数

(内服薬) 1日1/2/3回 Take once/twice/three times a day

(外用薬) 1日数回塗布 Apply several times a day

投与時間

食前 (30 minutes) before meals

食後 (30 minutes) after meals

空腹時 on an empty stomach

症状が出た時 When you have symptoms

服用量

(内服薬) 1錠 one tablet 1包 one packet

(外用薬) 1日〇回、適量を患部に塗布 Apply a suitable amount of the medicine to the affected area, up to 〇 times a day

飲み方

グラス一杯(200mL)の水で飲んで下さい。 Take with a glass about 200mL of water.

1回1錠1日3回、食後に白湯で服用して下さい。 You should take 1 tablet 3 times a day with plain hot water after meals.

ジュースやコーヒーで薬を飲んではいけません。 You should not take medicine with juice or coffee.

Note  
(注意事項)

Please not take any non-prescribed medicine (処方された薬以外飲まないでください)

Take this with food. (食べ物などの飲み合わせ)



Grapefruit  
(グレープフルーツ)



Alcohol  
(アルコール)



Milk  
(牛乳)



Cigarette  
(たばこ)



Coffee  
(コーヒー)



Natto  
(fermented soybeans)  
(納豆)



Chlorella  
(クロレラ)



Cheese  
(チーズ)

Precautions for women (女性の方への注意事項です)



Please avoid taking  
this medicine during your pregnancy.  
(このお薬は妊娠中の方は服用を避けてください)



Please avoid breast-feeding  
when you take this medicine.  
(このお薬を飲むときは、授乳を避けてください)

服薬説明ツール(石川県薬剤師会)

注意

使用上の注意をよく読んでお使い下さい。 Read the instructions thoroughly before using the medications.

- 飲み忘れた場合は、気が付いた時にできるだけ早く飲んでください。  
If you miss a dose, take the missed dose as soon as possible.
  - 飲み忘れた場合は、その回は飛ばして、次の服薬予定に従ってください。  
If you miss a dose, skip the missed dose and follow your regular dosing schedule.
  - 飲み忘れても次の回に2回分飲まないでください。  
Even if you missed a dose, do not take 2 doses at the next scheduled time.
- 他にも何か変だと感じたら、医師または薬剤師(私たち薬剤師)にご相談ください。  
If you have any questions or concerns, please consult your doctor or pharmacist.

## 保管

- 遮光して保管してください。

Avoid direct sunlight.



Avoid direct sunlight.

- 日のあたらない場所に保管してください

Store in a dark place.

- 湿気を避けて、涼しいところで保管してください。

Store in a cool, dry place.



Keep dry.

- 室温保存してください。

Store at room temperature.

- 冷蔵庫に保管してください。

Store in a refrigerator.



Refrigerate.

- 冷凍庫に入れないでください。

Do not freeze.

- 火気に近づけないこと。

Keep away from open flames.

Preservation method  
(保管方法)



Store it in a cold place.  
(冷所に保管)



Store it in a shade  
(遮光して保管)



Do not store it in damp places.  
(湿気を避けて保管)



Keep it out of reach of children  
(子供の手の届かないところに保管)

服薬説明ツール(石川県薬剤師会)

- 光、湿気を避けて室温 (1～30℃) で保管してください。

Store it at room temperature (1 to 30 degrees Celsius) protected from light and moisture.



Avoid direct sunlight.



Keep dry.

- 乳幼児、小児の手の届かないところに保管してください。

Keep the medicine out of the reach of infants and children.



Keep out of reach of children.

## 【参考資料】単語帳

### 一般的な症状や病院での頻出英語表現

総合病院、大学病院 hospital \*hospital は重病、検査、救急外来の時しか使わない。アメリカでは、普段は医院にしか行かない。検査の場合は、個人クリニックで CT や MRI など少ないので、かかりつけ医が必要と判断した場合の大きな病院を紹介しそこで検査を受けるのが一般的。なので、軽い病気で病院に行く時は、I need to go to the hospital.ではなく、I need to go to the doctor.と言う。

医院 clinic

休診 The clinic is closed

保険証 health insurance card

自己負担(保険がきいた後)co-pay

### 診療科名

循環器科 Cardiology 皮膚科 Dermatology 耳鼻咽喉科 ENT ear, nose, throat Otorhinolaryngology

内科 Internal medicine 外科 Surgery 泌尿器科 Urology 神経内科 Neurology

産婦人科 Obstetrics & Gynecology 整形外科 Orthopedics 形成外科 Plastic reconstructive surgery

小児科 Pediatrics 精神科 Psychiatry

### 症状

#### 内科・循環器

出血 bleeding 貧血 anemia 寒気、悪寒 chills 震え shiver 発熱 fever 高熱 high fever 微熱 slight fever 頭痛 headaches 偏頭痛 migraine 頭が割れそうな頭痛 a splitting headache 激痛 severe pain 急な痛み acute pain 鈍い痛み dull pain チクチク痛い sharp prick(it stings) きりきりした痛み shooting pain ずきずきした痛み throbbing pain ピリピリする tingling 不眠症 insomnia 風邪 インフルエンザ flu(influenza) おたふくかぜ mumps 感染 infection 炎症 inflammation 動悸 heart palpitations 気分不良 feel sick めまい dizziness めまいを感じる feel dizzy 頭がふらふらする My head is swimming 足元がふらふらする unsteady on one's feet しびれ numbness, tingling 疲労感 feel fatigued 熱っぽい feel feverish 腫れ・むくみ swelling だるさ fatigue だるい feel tired 不安感 feel anxiety 生理痛 cramps 高血圧 hypertension 膠原病 collagen disease 熱中症 heatstroke 脱水症状 dehydration 夏バテ 英語は存在しない 食中毒 food poisoning 小麦粉 貝類 shellfish そば buckwheat noodles 乳製品 dairy 牛乳 cow's milk 大豆 soy

#### 消化器

便秘 constipation 下痢 diarrhea 吐き気 nausea 吐き気がする I feel nauseous 嘔吐 I feel like vomiting 腹痛 abdominal pain/stomachache 消化不良 indigestion 胸焼け heartburn 食欲なし I have no appetite 食欲旺盛 good appetite ガスが溜まる feel gassy 食あたり food poisoning お腹が張る stomach bloated お腹がキリキリと痛い I have shooting pains in my stomach. 血便(黒色便)bloody stool 虫垂炎 appendicitis

#### 呼吸器・耳鼻咽喉

鼻詰まり stuffy nose 咳 cough 喉が痛い sore throat 鼻水 runny nose 鼻水が止まらない My nose won't stop running 肺炎 pneumonia くしゃみ sneeze 息苦しい feel smothered/I am short of breath 耳鳴り My ears are

ringing 痰が出る I'm coughing up mucus 痰がからむ My throat is full of mucus 花粉症 hay fever インフルエンザにかかると I have the flu

## 皮膚科

湿疹 eczema 発疹 rash/exanthema おでき boil 水疱瘡 chicken pox 帯状疱疹 shingles 風疹 rubella, German measles にきび(英語では吹き出物という単語はない) zit(部分的), pimple(部分的), acne(顔全体) アトピー性皮膚炎 atopic dermatitis 痒い It feels itchy 乾燥 dryness むず痒い creepy 毛根 hair root 毛包 hair follicle 炎症細胞の浸潤 infiltration of inflammatory cells 毛組織の破壊 destruction of the hair tissue 瘢痕性脱毛症 scarring alopecia スカアリング アロピーシア 休止期脱毛 telogen effluvium テイエロジェン エフルーヴィアム 毛包構造が完全に失われる瘢痕性脱毛症 scarring alopecia with complete loss of hair follicle structure 薄毛 thinning hair 鉄欠乏症 iron deficiency symptom 亜鉛欠乏症 zinc-deficiency symptom 甲状腺疾患 thyroid disease 膠原病 collagen disease/connective tissue disease 洗顔料が肌に合わなかった The facial wash I used irritated my skin 肌が弱い My skin is really sensitive

## 外科・整形外科

関節痛 joint pain/arthralgia 腰痛 lower-back pain 肩痛 shoulders ache 筋肉痛 sore muscles 打撲 bruise 切り傷 cut 怪我 injury 捻挫 sprain 筋違え strain 痺れる be numb 手が痺れる My hands are numb 痺れがある I have numbness 節々が痛い I have a lot of pain in my joints

## 眼科

疲れ目 eye strain, tired eye, eye fatigue ドライアイ dry eye 充血 bloodshot 近視 nearsightedness 遠視 farsightedness 乱視 astigmatism 白内障 cataract 結膜炎 pinkeye, conjunctivitis 目やに eye mucus 目がかすむ My vision is blurry 視力 vision 視力検査 eye exam, vision test 目薬 eye drops, eye booger 物が二重に見える I'm seeing double

## 歯科

歯痛 toothache 歯石 Plaque 歯石除去 cleaning, plaque removal 虫歯 cavity 虫歯になる I have a cavity 歯茎 gums 入れ歯 dentures 親知らず wisdom tooth 乳歯 baby tooth 永久歯 adult tooth 根・神経 root 神経治療 root canal 差し歯 crown ブリッジ bridge インプラント implant フッ素 fluoride 歯ぎしりする grind one's teeth 矯正治療 braces 銀歯 metal filling 金歯 gold filling 詰め物が取れた My filling came out 歯が欠けた I chipped my tooth 神経を抜く have a root canal 歯垢がたまり、歯石になっている The plaque on your teeth has calcified. 歯磨きをしっかりする do a better job of brushing your teeth 親知らずを抜く take out your wisdom teeth

## 産婦人科

妊婦 expectant mother 妊娠 pregnancy 出産 childbirth つわり morning sickness 陣痛 contractions 未熟児 premature baby 自然分娩 natural childbirth 無痛分娩 epidural 授乳 nursing, breastfeeding 母乳 breast milk 粉ミルク formula 子宮 uterus 出血 bleeding 生理 menstrual cycle 流産 miscarriage 死産 stillbirth 子宮頸がん検診 Pap test, Pap smear 不妊治療 fertility treatment 妊娠中毒症 preeclampsia 破水した My water just broke いきむ push 帝王切開 C-section(cesarean section)

## 医療行為・用語

予診 preliminary examination  
診察 consultation consulting  
身体検査 physical exam  
聴診器で聞く listen with a stethoscope/listen your chest  
歯茎に麻酔の注射をする I'm going to give you a shot to numb your gums.  
採血 blood draw/blood sample collection, blood work  
血液検査 Blood test  
生検をする perform a biopsy  
傷を縫合する suture the wound  
2針 two stitches  
抜糸する pull out the thread  
傷が目立つ the wound is conspicuous  
血圧測定 blood pressure measurement  
尿検査 urine test 中間尿を撮る Please collect the midstream urine  
心電図 ECG  
レントゲン x-ray  
胃カメラ検査 upper GI endoscopy  
大腸検査 colonoscopy  
腹部エコー abdominal ultrasound  
腹部超音波スキャン abdominal ultrasound scan  
腹部 CT 検査 abdominal CT scan  
マンモグラフィー mammogram  
子宮頸がん検査 Pap test  
骨密度検査 bone density test  
細胞診検査 biopsy  
ルンバール検査 spinal tap  
膀胱鏡検査 cystoscopy  
インフルエンザの予防接種 a flu shot  
フォローアップ Follow up  
カルテ medical chart medical records  
健康診断 health checkup, physical checkup  
羊水検査 amniocentesis  
バリウム注腸検査 Barium enema

## 動作

仰向け lie on your back うつ伏せ lie on your stomach 右を下にして寝る lie on your right side  
後ろを向く Turn around 腕/膝を伸ばす extend/stretch arms/knees 腕/膝を曲げる flex/bend arms/knees クリーム  
を塗る apply a cream 息を大きく吸う Please take a deep breath in お腹を出す Please expose your abdomen う  
がいする gargle

## 医療器具

車椅子 Wheelchair

松葉杖 crutch

## 医療用語

初診 first visit

再診 return visit

最初に登録をする You have to register first at the registration desk.

診療時間 consultation hours(clinic hours)

診察日 consultation day

診察して欲しい Can I see the doctor?

診察順番待ちシステム consultation order waiting system

通信による診察申し込みシステム medical examination application system by communication

次の予約が必要です You need to make an appointment for your next medical exam.

診察を受けるのに3時間かかりました I waited 3 hours to have consultation(medical examination).

外来 outpatient

外来受付 outpatient reception

外来診察 outpatient consultation

紹介状 letter of introduction

診察予約 (consultation)appointment reservation ではない

自己負担 co-payment