

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して下さい。 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:

今日はどういう症状がありますか？ 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

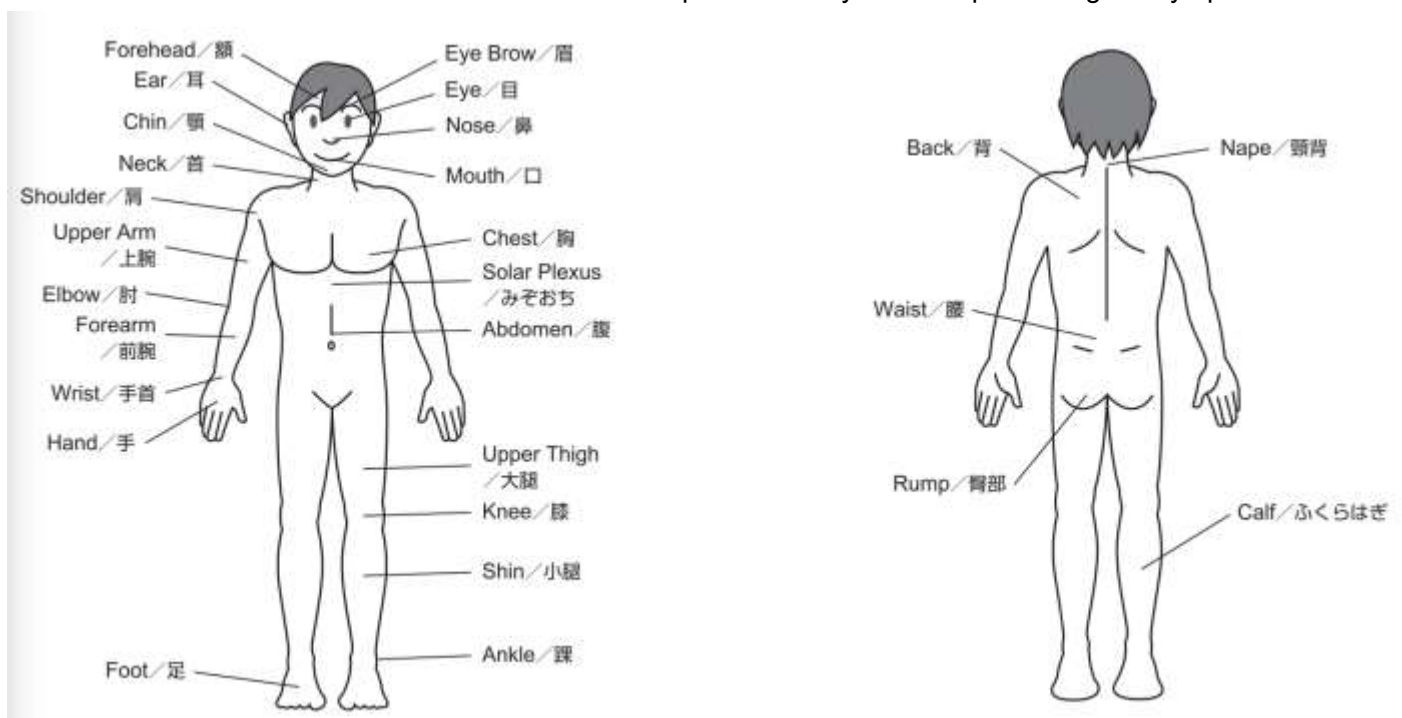
- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> fever(熱がある) | <input type="checkbox"/> sore throat(のどが痛い) | <input type="checkbox"/> cough(せき) | <input type="checkbox"/> headache(頭が痛い) |
| <input type="checkbox"/> chest pain(胸が痛い) | <input type="checkbox"/> rash(発疹) | <input type="checkbox"/> 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.



When does the symptom occur?

/症状はどのようなときに現れますか。

- ☐ Morning/朝
 ☐ Daytime/昼
 ☐ Evening/夕方
 ☐ While in bed/就寝中
☐ When waking up/起床時
 ☐ Irregular/不定期
 ☐ Other(s)/その他:

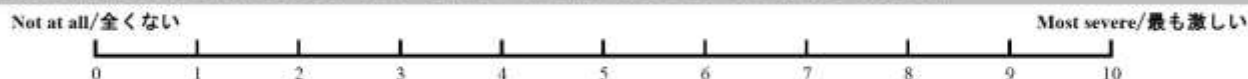
What is the symptom like?

/症状はどのような性質を持っていますか。

- ☐ Constant/絶え間なく、続いている
☐ The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている
☐ The symptom is gradually worsening/徐々にひどくなってきている
☐ 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	

輸血をしたことがありますか？ Have you had a blood transfusion?

<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	

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 〇 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。服を着て下さい。 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



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.

- 日のあたらない場所に保管してください

Store in a dark place.



Avoid direct sunlight.

- 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/arthritis 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 中間尿を摂る 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