

Emergency questionnaire

Note

Please fill in the responsibility of the patient himself
患者ご自身の責任で、記入してください。

It does not matter the responsibility attendant even if the fill.

患者本人が記入できない場合、代理人が記入しても責任を問いません。

Please write your answer to each question or point at the item applicable to your situation.



必要なところにチェックをしてください。

We are going to check your body condition and transport you to the hospital.

これから、体の状態を確認して、病院に行きます。

■Language of choice is

選んだ言語は、

☐audible ☐can speak ☐can read ☐can write ☐not write and read

☐聞き取れる

☐話せる

☐読める

☐書ける

☐読み書きできない

■Understanding Japanese

日本語ができますか？

☐good できる ☐poor 少し ☐no できない

⇒ Next page 次のページへ

Below, after the interview sheet fill, please write.

以下は問診シート記入後、お書きください。

■Who is the registrant

この問診シート記入者は？

Please fill in the range to understand

解る範囲を記入ください。

<input type="checkbox"/> Himself writes/name 本人/名前	
<input type="checkbox"/> Delegate 代理人(付添者)	<input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Others 家族 友人 その他
nationality 国 籍	
address ご住所	
contact number (phone) 連絡先	<input type="checkbox"/> home 自宅 <input type="checkbox"/> place of work 勤務先 <input type="checkbox"/> others その他
place of employment 勤務先	
Insurance 保険	<input type="checkbox"/> I have ある <input type="checkbox"/> I do not have ない <input type="checkbox"/> National Health Insurance 国民健康保険 <input type="checkbox"/> Social insurance 社会保険 <input type="checkbox"/> Others その他

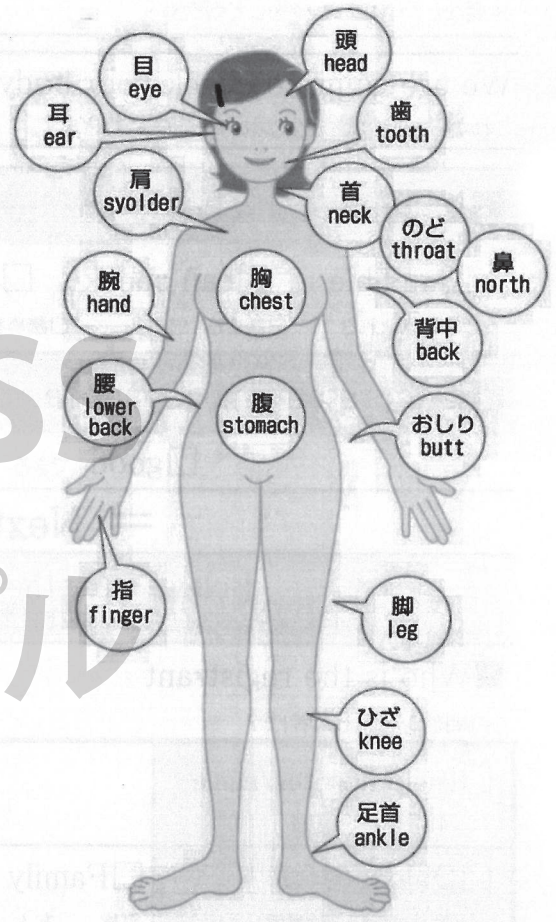
1 What happened to you? どうしました?

☐ Injury けが☐ Sudden illness 病気

● Injury けが

☐ falling ころんだ☐ accident 事故☐ car 車☐ burn 火傷をした☐ bicycle 自転車☐ cut 切った☐ other その他☐ hit strong 強く打った☐ stuck 物が刺さった☐ falling from the high place 高い所から落ちた

● Sudden illness 急な病気

☐ pain 痛み☐ continuous pain ずっと痛い☐ stabbing pain 刺すように痛い☐ constricting pain 締め付けるように痛い☐ dull pain 鈍い痛み☐ intermittent pain ときどき痛い☐ painful when moving 動かすと痛い☐ bleeding 血が出た☐ much たくさん☐ middle 中ぐらい☐ a little 少し☐ vomiting 吐いた☐ foods 食べ物☐ blood 血☐ others その他☐ diarrhea 下痢☐ bloody 血が混じっている☐ not bloody 血は混じっていない☐ colour 色☐ red 赤☐ black 黒☐ brown 茶☐ nausea 気分が悪い☐ palpitation ときどきする☐ vertigo/dizziness めまい☐ palsy しびれる☐ fever 熱がある☐ short of breath 息が苦しい☐ something drank 何か飲み込んだ☐ something drank 何か飲み込んだ☐ spasm けいれん☐ others その他

■ from time いつから

☐ today 今日☐ at around☐ other その他☐ yesterday 昨日☐ few days ago 数日前

<input type="checkbox"/> Previous illness 既往症		<input type="checkbox"/> no ない	<input type="checkbox"/> yes(write) ある
<input type="checkbox"/> hypertension 血圧が高い	<input type="checkbox"/> liver disease 肝臓病	<input type="checkbox"/> brain disease 脳疾患	
<input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> heart disease 心臓	<input type="checkbox"/> cancer がん	
<input type="checkbox"/> asthma ぜんそく	<input type="checkbox"/> others その他		

<input type="checkbox"/> Experience of transfusion 輸血の経験	<input type="checkbox"/> no ない	<input type="checkbox"/> yes(write) ある
<input type="checkbox"/> Experience of surgery 手術の経験	<input type="checkbox"/> no ない	<input type="checkbox"/> yes(write) ある

<input type="checkbox"/> Allergy アレルギー		<input type="checkbox"/> no ない	<input type="checkbox"/> yes(write) ある
<input type="checkbox"/> medicaments 薬	<input type="checkbox"/> Non-steroidal anti-inflammatory drug 非ステロイド抗炎症剤		
	<input type="checkbox"/> Pyrine medicine ビリン系	<input type="checkbox"/> Hormones ホルモン剤	
	<input type="checkbox"/> Contrast agent 造影剤	<input type="checkbox"/> Antibiotic 抗生剤	
	<input type="checkbox"/> Others その他		
<input type="checkbox"/> foods 食べ物	<input type="checkbox"/> Egg 卵	<input type="checkbox"/> Buckwheat そば	<input type="checkbox"/> Peanut 落花生
	<input type="checkbox"/> Shrimp えび	<input type="checkbox"/> Milk products 乳製品	<input type="checkbox"/> Fruit 果物
	<input type="checkbox"/> Crab かに	<input type="checkbox"/> Soybean 大豆	<input type="checkbox"/> Rice 米
	<input type="checkbox"/> Mackerel サバ	<input type="checkbox"/> Wheat 小麦	<input type="checkbox"/> Others その他
<input type="checkbox"/> others その他	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

<input type="checkbox"/> Drug you are taking 飲んでる薬		<input type="checkbox"/> no ない	<input type="checkbox"/> yes ある
<input type="checkbox"/> Antihypertensive 降圧剤(高血圧の薬)	<input type="checkbox"/> Antipsychotic 抗精神病薬		
<input type="checkbox"/> Hypoglycemic agent 血糖降下剤(糖尿病の薬)	<input type="checkbox"/> Antibiotic 抗生物質		
<input type="checkbox"/> Antiplatelet agent 抗血小板薬(血液をさらさらにする薬)	<input type="checkbox"/> Anti-cancer drug 抗がん剤		
<input type="checkbox"/> Anticoagulant drug 抗凝固薬(血液をさらさらにする薬)	<input type="checkbox"/> Asthma medication 喘息の薬		
<input type="checkbox"/> Drugs for hyperlipidemia 高脂血症の薬	<input type="checkbox"/> Anti-allergic drug 抗アレルギー薬		
<input type="checkbox"/> Medicine hyperuricemia 高尿酸血症の薬	<input type="checkbox"/> Antidiarrheal 下痢止め薬		
<input type="checkbox"/> Hormone preparation ホルモン製剤	<input type="checkbox"/> Analgesic 痛み止め(鎮痛剤)		
<input type="checkbox"/> Anti-arrhythmic drug 抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> Contraceptive 避妊薬		
<input type="checkbox"/> Antiepileptic drug 抗てんかん薬	<input type="checkbox"/> Diuretics 利尿剤		
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal medicine 胃薬	<input type="checkbox"/> Hypnotic 眠り薬		
<input type="checkbox"/> Immunosuppressant 免疫抑制剤(ステロイド等)	<input type="checkbox"/> Vitamin pills ビタミン剤		
<input type="checkbox"/> Chinese herbal medicine 漢方薬			

<input type="checkbox"/> Sex 性別	<input type="checkbox"/> Age 年齢
<input type="checkbox"/> Man 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">years old</div>

<input type="checkbox"/> Blood type 血液型							
<input type="checkbox"/> Do not Know 解らない	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	

<input type="checkbox"/> Family doctor(hospital) かかりつけ医		<input type="checkbox"/> no ない	<input type="checkbox"/> yes ある
Females only 女の人	<input type="checkbox"/> in pregnancy 妊娠中	<input type="checkbox"/> in the period 生理中	
Months of pregnancy 妊娠何ヶ月目ですか?	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> mon expected delivery	

■Emergency personnel dedicated 救急隊員用

■We are going to do これからすること

- 2
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tracheal intubation 気管内挿管 | <input type="checkbox"/> hemostasis 止血 |
| <input type="checkbox"/> oxygen 酸素を吸います | <input type="checkbox"/> drip infusion 点滴 |
| <input type="checkbox"/> artificial respiration 人口呼吸 | <input type="checkbox"/> immobilization(of fracture) 固定 |
| <input type="checkbox"/> cardiac massage 心臓マッサージ | <input type="checkbox"/> treatment of wound 傷の処置 |

3 Since we find the hospital that accepts you, we are going to transport you to the hospital.
行く病院が決まりました。

4 One more person can ride on the ambulance with the patient.
もうひとり救急車に乗ることができます。

5 The person who can explain the condition of the patient can ride on the ambulance, please.
説明できる人が乗ってください。

■Emergency personnel findings 救急隊員所見

担当・所轄名	血 圧	呼吸数	体 温
	心拍数	意 識	
	トリアージ	<input type="checkbox"/> 黒0 <input type="checkbox"/> 赤Ⅰ <input type="checkbox"/> 黄Ⅱ <input type="checkbox"/> 緑Ⅲ	
	その他		

■Disclaimers 免責事項

This emergency interview sheet is a sheet that has been created for emergency medical assistance. We advice of each institution and we have created, but there is a medical treatment on a different representation interpretation. In addition, for each language translation, you may be different representations interpreted by the country or region. In this connection, we do not assume any liability for each different translation, mistranslation of expression, representation content and translation of this sheet.

Please fill in the patient person in question. If a patient person in question is unable to fill, never towards the Delegate or attendant is liable be filled.

本救急問診シートは、救急医療支援のために作成されたシートです。各機関の助言をいただき作成していますが、医療治療上異なる表現解釈があります。また、各言語翻訳については、国または地域により表現解釈が異なることがあります。このことに関し、本シートの表現・表記内容・翻訳の異訳・誤訳につき責任を一切負いません。

患者ご本人がご記入ください。患者ご本人が記入できない場合、代理人または付き添いの方が記入されても責任をとわれることはありません。