|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **結核についての問診表（日本語）** | | | | **Interview Sheet on Tuberculosis (English)** | | | | |
| * からあなたにことは、あなたののや、ののののためになことです。 * あなたにで（やなど）にするはありませんので、にください。 * ったがあればしてください。 | | | | | | ・What I will ask you from now is necessary to treat your tuberculosis and certify the health of people around you.  ・Please respond honestly since we will not let other organizations (where you work, Immigration Office and others) know about your information, without your authorization.  ・Please contact if you have any problems. | | | | |
| 生活背景　Life style | 居住歴　Resident history | | めてしたのはいつですか。日本にいつ頃来ましたか | 年　　月　　日 | | When did you come to Japan for the first time? Around when did you come to Japan? | | | | / / (YMD) |
| ににいますか。 | 回／月・年 | | Do you return to your home country regularly? | | | | Times/ (month/year) |
| するがありますか。 | 年　　月　　日頃 | | Do you have a plan to return to your home country in the future? | | | | Around 　 / / (YMD) |
| してからにんでいたところがありますか。 | （　　　県　　市町村）　　年　　月～  （　　　県　　市町村）　　年　　月～ | | After having entered into Japan, have you lived somewhere else? | | | | (City:  Pref. )  From: / (YM)  (City:  Pref. )  From: / (YM) |
| はどこにいますか。 | 借家、寮、友人宅、自宅、その他（　　） | | Where do you live now? | | | | Rented House, Dormitory,  Friend's House, Own House,  Others ( ) |
| っすがありますか。 | いいえ　　ある | | Do you have any plan to move? | | | | No \* Yes |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | New address（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | Phone number（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 通訳者　Interpreter | | あなたのにのできるはいますか | いいえ　　はい | | Do you know any interpreter around you? | | | | No \* Yes |
| をせるはいますか | いいえ　　はい | | Do you have any friends who speak Japanese? | | | | No \* Yes |
| そのにてもらうことはできますか | いいえ　　はい | | Can the friend come here? | | | | No \* Yes |
| そのにでをか | いいえ　　はい | | Can we ask him/her to interpret by phone? | | | | No \* Yes |
| そのにあなたののことをらせてもいいですか | いいえ　　はい | | May I let him/her know about your disease? | | | | No \* Yes |
| そのの・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | Name of Friend・Phone number (Name 　　　　　　　　　　　　)  ( Phone Number ) | | | | |
| 職業・通勤通学 | | のはなんですか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | What is your actual profession? ( ) | | | | |
| 1.　　　　　　　　 2.・　　　　 3.・  4.　　　　 5.の  6.　　　　　　　7.・　　　　　　 8.、  9.　　 10.　　　11.、（　　　　　　） 12. | | | 1. Hospitality industry 2. Health nurse・Preschool teacher and others 3. Teacher, doctor and others   4. Elementary, Middle school student 5. High school student and superior school student  6. Permanent employee 7. Temporary employee/ Day labor 8. Self-employed/Liberal profession  9. Domestic worker 10. Infants/Toddlers 11. Not employed/Others 12. Unknown | | | | |
| の・　・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  Profession/Work, school  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | Present work place/School Name/Department（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  　　　　　　　　　　 　Location （　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  Phone Number ( ) | | | | |
| やでのことをできるがいますか。 | | いいえ　　はい | Do you have any person to talk to about the disease at work-place /school? | | No \* Yes | | |
| してからの  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　年　　月～　　年　　月  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　年　　月～　　年　　月 | | | Professional history after entering into Japan（Workplace　　　　　　　　　　　　　　）From　　　　to  　　　　　　　　　　　　　　　　　 （Workplace　　　　　　　　　　　　　　）From　　　　to | | | | |
| 生活　LIfe | | やなどでよくするはどこですか。 | | （　　　　　　　　　　　　） | Which stores and restaurants do you often visit for out-eating and shopping? ( ) | | | | |
| や・でくごすところはありますか。 | | いいえ　　はい | Do you have any place to stay long except for home, school and work place? No \* Yes | | | | |
| ・・・（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | Hobby, Religious activities, Where and what you belong to, Other social activities ( ) | | | | |
| どのしますか | | 時間　　　／　日・週・月 | How often do you use them? | Hours /day・week・month | | | |
| 喫煙等　Smoking and others | | タバコをか？ | | いいえ　　はい　（　１日　　本） | Do you smoke cigarettes? | | | No  Yes( cigarettes/day ) | |
| アルコールをか  をどのくらいか | | いいえ　　はい  （　　　　　　　　　　　　　　） | Do you drink alcohol?  What and how much do you drink? | | | No Yes  ( ) | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族　Family | Family | あなたの家族のことについてお聞きします |  | | Questions　regarding　your　family. |  |
| 1.あなたの兄弟・姉妹を年齢順に、男なら♂・女なら♀に○をし、（　）内に誕生日を書き入れてください。  〔　病　歴　　〕（氏名　生年月日）　　　　　　　　　（氏名　　生年月日）　〔　病　歴　〕  　　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  ♂　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  ♀　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　） 〔　　　　　　　〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）　 〔 〕  〔　　　　　　〕（父　　　　）　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　）　 〔　　　　　　　〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）　 〔 〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）　 〔 〕  〔　　　　　　〕（母　　　　）　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　）　 〔 〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　（　　　　　　　　）　 〔 〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　（　　　　　　　　）　 〔 〕  2.あなたと子どもの関係  　　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  ♂　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  ♀　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）〔 〕  （　　　　　　　　）〔 〕  （　　　　　）　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）〔 〕  　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）〔 〕  （　　　　　）　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）〔 〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）〔 〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）〔 〕 | | | 1. Circle your brothers and sisters（♂for male and ♀for female）in the order of their ages and write their date of birth in ( ).〔Previous history〕（Date of birth）　　　　　　　　　　　　　　　（Name/Date of birth）〔Previous history〕   　　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  ♂　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  ♀　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  〔　　　　　　　〕（Father　　　　　　）　　　　　　　　　 　　　 （　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  　　　　　　　　（　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  〔　　　　　　　〕（Mother 　　）　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  　　　　　　　　 　（　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕   1. Relation between you and your children   〔Previous history〕（Date of birth）　　　　　　　　　　　　　　　（Date of birth）〔Previous history〕  　　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  ♂　　　　・（♂♀）  　　　　　・（♂♀）  ♀　　　　・（♂♀）  ・（♂♀）  　　　　・（♂♀）  　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  〔　　　　 　　〕（　 ） ( )〔 〕  　　　 　　 　　　　　　　　　　　 （　　　　　　 ）〔　 　　　　　〕  〔 　　　　　 〕（ ）　 　　　　　　　　 　 　　（ 　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ 　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕  　　　　　　　　 （ 　　　　　　　　）〔　　　　　　　〕 | |
|  | あなたの身の回りで結核の感染源と思われる人がいますか。 | いいえ　　はい | | Is there anyone around you who you can think as a source of infection? | No Yes |
| それは誰ですか?　父，母，兄弟，姉妹，祖父母，叔父叔母，いとこ，その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　） | | Who is that person? Father, mother, brothers, sisters, grandparents, uncles/aunts, cousins and others | ( ) |
| 健康管理　Healthcare | 保険Insurance | ではですが、にしていますか | いいえ　　はい | | In Japan we have a Health Insurance System. Are you a health insurance subscriber? | No Yes |
| ですか　〔、、けんぽ、、、　　　　　　　　　　） | | | Which kind of insurance do you have? (National Health Insurance, Union HEalth Insurance, Association Health Insurance, Latter-stage elderly, Public assistance and others) | |
| 健診・予防接種  　Medicalexamination／  　Preventive vaccination | に（レントゲン）をけるがありますか | | いいえ　　はい | Do you have an opportunity to have a regular medical check-up (chest X-ray test)? | No Yes |
| にけたのはいつですか。 | | 年　　月頃 | When did you have it last? | About when( Month Year ?) |
| はどうでしたか。 | | なし | How was the result? | No abnormalities Observation needed  Precise examination needed Medical treatment needed |
| BCGのをけたことがありますか | | いいえ　　はい | Have you ever had BCG preventive vaccination? | No Yes |
| にか | | （　　　　）才ごろ | Approximately what age did you have it? | Approximately ( ) years old |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 心配・困りごと　 Problems／Anxiety | っているやながありますか | | Do you have any problems or concerns? |  |
| 1. （・）のこと | いいえ　　はい | 1.About work (temporary retirement, Retirement). No Yes | |
| 1. にをこと | いいえ　　はい | 2.About the matter that your friends may know about your tuberculosis No Yes | |
| 1. へののこと | いいえ　　はい | 3.About remittance to home country No Yes | |
| 1. やビザのこと | いいえ　　はい | 4.About period of stay and visa No Yes | |
| 1. やなどのなこと | いいえ　　はい | 5.About financial problem such as hospitalization fee and living expense No Yes | |
| 1. へのについて | いいえ　　はい | 6.Returning to home country No Yes | |
| 1. のの | いいえ　　はい | 7.About family life No Yes | |
| 1. やについて | いいえ　　はい | 8.About hospitalization and hospital visits No Yes | |
| 1. についてのがある。 | いいえ　　はい | 9.Anxiety of disease No Yes | |
| 1. や・ののがある | いいえ　　はい | 10.About differences among language, culture and custom. | No Yes |
| 1. ホームシックにかかっている | いいえ　　はい | 11.Feeling homesick No Yes | |
| 12. のがある  （a.、b.、c./、d.、e./、  f.） | （　　　　　　　　　　　　）  いいえ　　はい | 12. About a problem of human relationship （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  (a. Family, b.Work place, c. Friends and acquaintances, d.patients No Yes  e. doctors/nurses f, Others) | |
| 13.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | いいえ　　はい | 13.others （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | No Yes |
| あなたがのをけたをっているのはですか。  （、、、おじ、おば、、、その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | Who knows that you are diagnosed with tuberculosis?  (Father, mother, brothers and sisters, uncles, aunts, friends, co-workers and others) | |
| あなたがのをけたえてもいいのはですか。  （、、、おじ、おば、、、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | Who can we tell that you are diagnosed with tuberculosis?  (Father, mother, brothers and sisters, uncles, aunts, friends, co-workers and others) | |
| 結核  Tuberculosis | 日本に来る前にとされたことはありますか | いいえ　はい | Before coming to Japan, have you been diagnosed with tuberculosis? | No Yes |
| いつのことですか。 | 年　　月頃 | Approximately when? | Around Year Month |
| の薬を飲みましたか？。期間（　　　　） | いいえ　はい | Have you had any medication for tuberculosis? | No Yes ( ) |
| したのがかっていればください | （　　　　　　　　　　　　　） | If you know the name of medications, please list them. | ( ) |
| 既往歴  Medical history | そのほかに診断や治療を受けたがありますか？ | いいえ　はい | Have you had any other diseases which were diagnosed or treated? | No Yes |
| それはどんなですか？  　1.の（　）2.の　　3.の  　4.　　　5.の（・・ぜんそく）  　6.がん　　　　7.　　　　8.  　9.てんかん　　10.　　11. | （　　　　　　　　　　） | What is the disease?   1. Gastrointestinal disorder (stomach surgery) 2. Liver disease 3. Cardiovascular disease 4. High blood pressure 5. Respiratory disorder (Pneumoconiosis, Impaired pulmonary function, athma) 6. Cancer 7. Diabetes 8. Mental disorder 9. Epilepsy 10. AIDS 11. Others | （　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現病歴  History of present illness | のがありますか？ | | | いいえ　はい | | Are you currently under any medical treatment? | | No Yes |
| それはどんなですか？  　１．の（　）2.の　　3．の  　4．　　5．の（・・ぜんそく）  　6.がん　　　 7.　　8.  　9.てんかん　 10.　　11. | | | （　　　　　　　　　　） | | What is the disease?   1. Gastrointestinal disorder (stomach surgery) 2. Liver disease 3. Cardiovascular disease 4. High blood pressure 5. Respiratory disorder (Pneumoconiosis, Impaired pulmonary function, athma) 6. Cancer 7. Diabetes 8. Mental disorder 9. Epilepsy 10. AIDS 11. Others | | （　　　　　　　　　　） |
| 内服状況  Medications | しているがありますか？ | | | いいえ　　はい | | Do you take any medication at present? | | No Yes |
| あればください | | | | | If you have them now, please show me them. | | |
| * のをください | | | （　　　　　　　　　　） | | ・Please write the name of medication. | | （　　　　　　　　　　） |
| * ってきてください | | | | | ・Please bring them for the next time. | | |
| 副作用  Side effects | までに、、などでがなったり、がたことがありますか？ | | | いいえ　　はい | | Have you ever had a feeling sick, rash after taking medication or injection? | | No Yes |
| 症状  Symptoms | のがありますか。あったはいつからまったのかください。 | | | | | Do you have the following symptoms? If yes, please let us know since when you have had it. | | |
| 3. ・    　（　　　　　　　　　） | ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある  ない　わからない　ある | | | 年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から  年　　月　　日頃から | 1. Cough 2. Phlegm 3. Panting sound 4. Bloody phlegm 5. Hemoptisis 6. Fever 7. Chest pain, back pain 8. Night sweat 9. Weight loss 10. Loss of appetite 11. Tiredness 12. Others   （　　　　　　　　　　　　　　） | No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD)  No. I don’t know. Yes, from about (YMD) | |
| 服薬方法  Method of taking medication | ① ② ③ ④カプセル | | | | | Oral medicine 1. Powdered medicine 2. Liquid medicine 3. Pill 4. Capsule | | |
| ・はください | | | | | Please be sure to follow the instruction of usage and dosage. | | |
| ・　一回（　　）、（　　）カプセル、（　　） | | | | | ( )pills, ( )capsules, ( ) wraps per time | | |
| ・　一日（１,２,３）回のんでください | | | | | Please take (1,2,3)times per day. | | |
| ・　（、、、ねる）にしてください | | | | | Please take (morning, afternoon, evening, before-sleep). | | |
| ・　（、、）にしてください | | | | | Please take (before meal, after melee, between meals) | | |
| に、、、、めまいなどがこることがあります | | | | | Rash, loss of appetite, nausea, dizziness and others may rarely occur. | | |
| のがくなることがありますが、ありません | | | | | You may have red urine, but it is not to be worried. | | |
|  | あなたがをむのをしてくれるがいますか。 | | いいえ　　はい | | | Do you have anyone to support you to take medication? | | No Yes |
| それはですか | | （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | Who is that person? | | （　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOTS | * （　　　　　、、）にをのむ | | | Take medication at determined time. At ( )o'clock after breakfast, after lunch, after dinner | |
| ・を（・カレンダー）に○をつける | | | After taking medication, write a note on the organizer or calendar. | |
| * ・PTPシートをとっておき、にに | | | Keep the bags which contained medicines and PTP sheet and hand out to health nurse. | |
| * とにに（　　　　　　　　　　　） | | | Go to hospital with health nurse (on (Month) (Day) at o'clock) | |
| ・にどうやってしますか（、、、） | | | How do you visit hospital? (By walk, by bicycle, by bus, by car) | |
| ・にするのはいつですか  　1.　　　　　　月　　日（・・・・・・）  　2.　　　　　　月　　日（・・・・・・）  　3.　　　　　月　　日（・・・・・・） | | | When is the next hospital visit?   1. Internal medicine: (month) (day), (Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat, Sun) at : am/pm 2. Ophthalmology: (month) (day), (Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat, Sun) at : am/pm 3. Otolaryngology: (month) (day), (Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat, Sun) at : am/pm | |
| ・をみれたはありますか。 | いいえ　　はい | | Do you have any days that you forgot to take medicines? | No Yes |
| から　　　　　ので | | | I have forgotten about it from (Month) (Day) to (Month) (Day) for days. | |
| ・をください | | | Please show me your organizer. | |
| ・でおがめていることをします。 | | | I twill verify if you are taking medication by phone. | |
| ・なくとも６・９かのがです。 | | | It is necessary to have a treatment for 6 to 9 months at least. | |
| ・のりしてください。にのをやめたり、むをはいけません。 | | | Please take it according to doctor's instruction. You must not quit taking medication and change the dosage without an authorization. | |
| ・がるときはマスク（ーやのもので）をかけてください。 | | | When you cough, please use a mask (made of gaze or non-woven fabrics). | |
| 症状/副作用  Symptoms/side effects | なにかになるはありますか | | いいえ　はい | Do you have any concerned symptoms? | No Yes |
| 〔による〕  1.が　　2.が　　　3.がある  4.　　5.がだるい　 6.が | |  | [Symptoms caused by tuberculosis]  1.Cough 2.Phlegm 3.Fever  4. Being stuffy 5. Dullness 6.Weight loss |  |
| 〔〕  　1.　　 　　 2.　 　3.  4.やのしびれ 　 5.がある＊ 6.がかゆい  7.がなった 8.めまい　　　 9.、  10.のでがあった | |  | [Side effects]  1.Loss of appetite 2.Nausea 3.Joint pain  4.Numbness on finger tips and feet 5.Rash 6.Skin itches  7.Vision problem 8. Dizziness  9.Ringing in the ears, hearing impairment 10.Abnormality of blood test |  |
| 連絡先  Contact information |  | | |  |  |