

# MEDECINE GENERALE

ない か もんしんひょう  
内科問診票

français  
フランス語

Cochez  la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年

Mois 月

Jour 日

Nom 名前		<input type="checkbox"/> Homme 男	<input type="checkbox"/> Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか			
<input type="checkbox"/> fièvres( °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> mal de gorge のどが痛い	<input type="checkbox"/> toux せき	<input type="checkbox"/> mal de tête 頭が痛い
<input type="checkbox"/> mal de poitrine 胸が痛い	<input type="checkbox"/> éruptions cutanées 発疹	<input type="checkbox"/> palpitations 動悸	<input type="checkbox"/> essoufflements 息切れ
<input type="checkbox"/> œdème むくみ	<input type="checkbox"/> vertiges めまい	<input type="checkbox"/> poitrine oppressée 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> mal de ventre お腹が痛い
<input type="checkbox"/> mal à l'estomac 胃が痛い	<input type="checkbox"/> hypertension 高血圧	<input type="checkbox"/> engourdissements しびれ	<input type="checkbox"/> soif excessive 口が渇く
<input type="checkbox"/> perte de poids 体重が減っている	<input type="checkbox"/> ventre dilaté お腹が張る	<input type="checkbox"/> diarrhée 下痢	<input type="checkbox"/> manque d'appétit 食欲がない
<input type="checkbox"/> vomissements 嘔吐	<input type="checkbox"/> nausées 吐き気	<input type="checkbox"/> selles sanglantes 血便	<input type="checkbox"/> autres その他
<input type="checkbox"/> langueur だるい	<input type="checkbox"/> se fatiguer facilement 疲れやすい		
Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか			
Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から			
Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → <input type="checkbox"/> médicaments 薬 <input type="checkbox"/> aliments 食べ物 <input type="checkbox"/> autres その他		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → Si vous en avez, montrez les moi. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ mois ヶ月		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Allaitez-vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> maladie hépatique 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> maladie cardiaque 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> maladie rénale 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculose 結核	<input type="checkbox"/> diabète 糖尿病	<input type="checkbox"/> asthme ぜんそく
<input type="checkbox"/> hypertension 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> problème thyroïdien 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒
<input type="checkbox"/> autres その他			
Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine? 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい		<input type="checkbox"/> Non いいえ	

