

# 私たちのサポートを受けるために、この用紙に記入してください

## Please Complete This Form So We Can Help You

この用紙を保持してしてください。まもなく職員が用紙の内容を確認します。  
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

患者の氏名 \_\_\_\_\_

Patient's name

- 男性                      年齢 \_\_\_\_\_                      体重 \_\_\_\_\_ キログラム／ポンド  
Male                      Age                      Weight                      kilograms/pounds
- 女性  
Female

### 記入者?

- 患者本人  
 患者の家族または友人  
 患者の通訳者

### Who is filling out this form?

- Me, the patient  
Patient's family member or friend  
An interpreter for the patient

### ここに来た理由?

- 被災による病気またはケガ  
 被災によらない病気またはケガ  
 家族を助けるため、または探すため

### Why are you here?

- I am ill or injured because of a disaster  
I am ill or injured but not because of a disaster  
I am here to help or look for a family member

### 妊娠中ですか?

- はい  
 陣痛発作中  
 いいえ  
 分かりません

### Are you pregnant?

- Yes  
I am in labor  
No  
I am not sure

過去2か月の間、海外旅行に行かれたか?

- はい  
 いいえ

“はい”とお答えになった方は、旅行に行かれた国を教えてください。? \_\_\_\_\_

Have you traveled outside the country in the past 2 months?

- Yes  
No  
If yes, to what country?

**どこか具合の悪いところがありますか？**

該当するものすべてにチェックマークを入れてください。

- 呼吸困難
- 胸に痛み、圧迫感、または不快感を感じる
- 出血
- ひどい頭痛
- めまいを感じたり、頭がくらくらする
- 目が見えにくい
- 耳が聞こえない
- 骨折
- 火傷
- 皮膚に発疹、腫れ、または発赤がある
- しびれやうずく感じがある
- 吐き気、嘔吐、または下痢
- 鼻水、咳、または熱

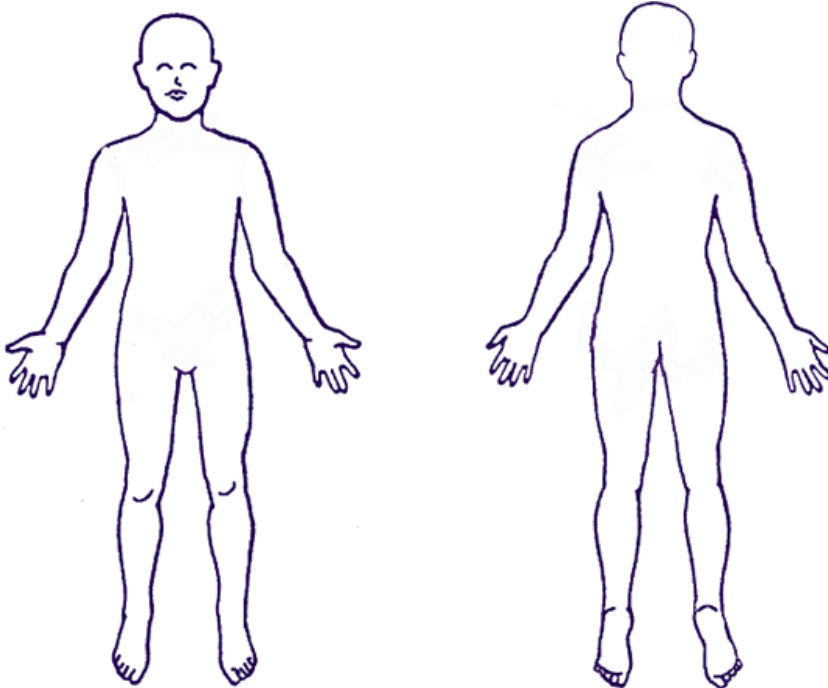
**What problem are you having?**

Mark all that apply.

- I am having trouble breathing
- I am having chest pain, pressure or discomfort
- I am bleeding
- I have a severe headache
- I feel dizzy or lightheaded
- I am having problems seeing
- I cannot hear
- I have a broken bone
- My skin is burning
- I have a skin rash, swelling or redness
- I feel numbness or tingling
- I have nausea, vomiting or diarrhea
- I have a runny nose, cough or a fever

**右の図で痛みを感じる箇所に印をつけてください。**

Mark on these figures where you feel pain.



**現在かかっている、または過去にかかった病気や症状にチェックマークを付けてください。**

- 喘息
- 糖尿病
- 心疾患
- 肝炎
- 高血圧
- HIV、癌、またはその他の原因による免疫抑制
- 脳梗塞

**服用中の薬にチェックマークを付けてください。**

- 心疾患薬
- 高血圧治療薬
- クマディン (Coumadin) など抗血液凝固剤
- 呼吸薬
- インシュリン
- その他の制酸薬、便秘薬、痛み止めなどの市販薬

**アレルギーの有無についてチェックマークを付けてください。**

- 卵や牛乳など乳製品
- 魚介類
- 染料やヨウ素
- アスピリン
- ペニシリン
- モルフィネ
- スルファニルアミド剤
- ラテックス
- その他 \_\_\_\_\_

**Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.**

- Asthma
- Diabetes
- Heart disease
- Hepatitis
- High blood pressure
- Immunosuppression from HIV, cancer or other reason
- Stroke

**Mark any medicines you are taking.**

- Heart medicines
- Blood pressure medicines
- Blood thinners such as Coumadin
- Breathing medicines
- Insulin
- Other over the counter medicines such as **antacids, laxatives or pain medicines**

**Mark any allergies you have.**

- Dairy products such as eggs or milk
- Seafood
- Dye or iodine
- Aspirin
- Penicillin
- Morphine
- Sulfa
- Latex
- Other \_\_\_\_\_