

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 _____

女性 Female

男性 Male

年齢 Age _____

体重 Weight _____ キログラム／ポンド kilograms/pounds

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

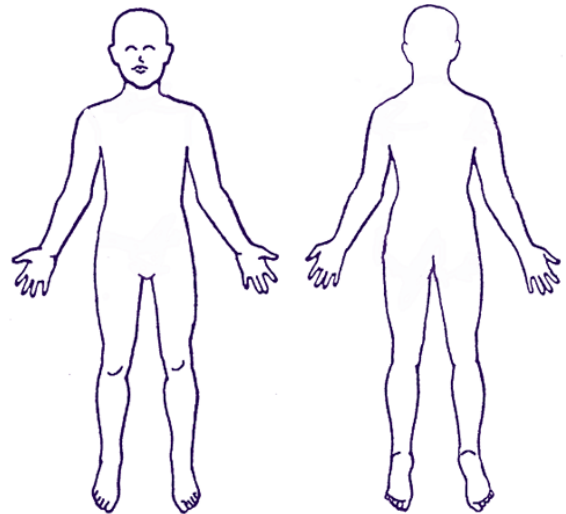
どこか具合の悪いところがありますか？

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

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

What problems 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

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

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 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 _____

Mass Casualty Form. Japanese.

7/2007. Content developed through a partnership of the Central Ohio Trauma System, the Columbus Medical Association Foundation, Columbus Public Health, Franklin County Board of Health, Mount Carmel Health, Ohio State University Medical Center and OhioHealth, Columbus, Ohio. Available for use as a public service without copyright restrictions at www.healthinfotranslations.org.