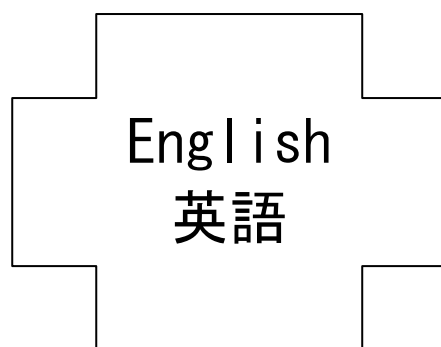


A Manual for Medical Consultation  
in a foreign language  
A Manual for Dental  
Consultation in a foreign  
language

外国語医科診療マニュアル  
外国語歯科診療マニュアル



Revised October 2001

2001 (平成 13) 年 10 月

< 診 療 科 目 >

Medical Departments

— 目 次 —

Contents

そうごう 総合	General	1
ないか 内科	Internal Medicine	7
げか せいけいげか 外科・整形外科	Surgery-Orthopedics	14
げか いちょうか 外科・胃腸科	Surgery-Gastroenterology	16
しょうにか 小児科	Pediatrics	18
さんふじんか 産婦人科	Obstetrics & Gynecology	29
じびか 耳鼻科	Ear, Nose & Throat	39
がんか 眼科	Ophthalmology	41
ひふか 皮膚科	Dermatology	42
ひにようきか 泌尿器科	Urology	44
しか 歯科	Dentist	45

## 病院受付／RECEPTION AT HOSPITAL

1. 国名は？／What is your nationality? \_\_\_\_\_
2. いつ日本に 来ましたか？／When did you come to Japan? \_\_\_\_\_
3. 日本語は話せますか？ (①はい ②いいえ) ／Do you speak Japanese? (①yes ②no)
4. 通訳の人はいますか？ (①はい ②いいえ) ／Have you come here with an interpreter? (①yes ②no)
5. 日本語を話せる友人はいますか？ (①はい ②いいえ)  
Do you have a friend who can speak Japanese? (①yes ②no)
6. その友人にきてもらうことはできますか？ (①はい ②いいえ)  
If so, can you ask that friend to accompany you here? (①yes ②no)
7. その友人に電話通訳を頼めますか？ (①はい ②いいえ)  
Can you ask that friend to translate for you by telephone? (①yes ②no)
8. その友人にあなたの病状を知らせてもよろしいですか？ (①はい ②いいえ)  
Is it OK to let your friend know the details of your medical condition? (①yes ②no)
9. 職業は？／What is your occupation? \_\_\_\_\_
10. 会社の人と一緒に来ていますか？ (①はい ②いいえ)  
Have you come with anyone from your company? (①yes ②no)
11. 会社の連絡先を教えてください。／Please let us know how to contact your workplace.
12. 保険に加入していますか？ (①はい ②いいえ)  
Are you enrolled in a medical insurance program? (①yes ②no)
13. 保険に加入していない場合は、自己負担になりますが、それでもよろしいですか？ (①はい ②いいえ)  
If you are not covered by insurance you will have to pay the full cost of medical expenses yourself. Is this OK? (①yes ②no)
14. それでは、この診療申込書に記入して下さい。(国籍・氏名・性別・生年月日・住所・電話番号)  
Please fill in this application form for treatment. (Nationality, Name, Sex, Date of Birth, Address, Phone Number)

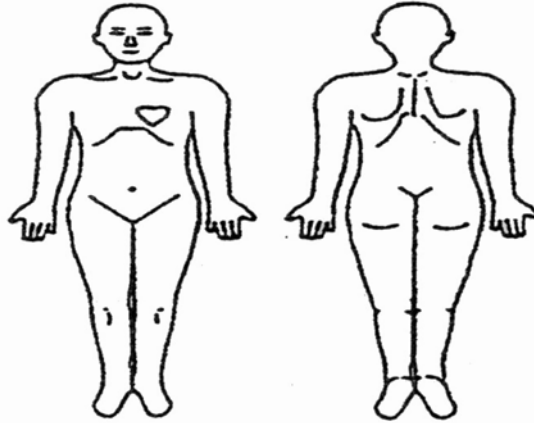
国籍／Nationality \_\_\_\_\_  
 名前 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 洗礼名 \_\_\_\_\_  
 Name Surname Given Name Christian Name  
 性別／Sex 男／Male ・ 女／Female  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day Age \_\_\_\_\_  
 住所／Address \_\_\_\_\_  
 郵便番号／ZIP Code \_\_\_\_\_ 電話番号／Phone Number \_\_\_\_\_

※ 女性に対して／For women

1. 妊娠にんしんしている可能性かのうせいがありますか？最終月経さいしゅうげつけいはいつですか？  
Is it possible that you are pregnant? When was your last monthly period?
2. 熱ねつがありますか？（   ℃）いつからですか？  
Do you have a fever? How high is your temperature?（   ℃）From when?
3. 食欲しょくよくはありますか？今朝けさ、朝食ちようしよくを摂とりましたか？（①はい ②いいえ）  
How is your appetite? Did you eat breakfast this morning? (①yes ②no) \_\_\_\_\_
4. お通じつうじはどうですか？いつからですか？（便秘べんぴ・下痢げり）ですか？  
How is your bowel movement? When was your last bowel movement? Do you have constipation/diarrhea? \_\_\_\_\_
5. たばこを吸すいますか？（①はい ②いいえ）／Do you smoke cigarettes? (①yes ②no)  
アルコールを飲のみますか？何をどのくらい飲のみますか？昨日きのう（今日きょう）は飲のみましたか？  
Do you drink alcohol? What kind of alcohol/how much do you drink? Did you drink alcohol yesterday (today)? \_\_\_\_\_
6. 何科なににかに受診じゆしんされますか？／Which medical department do you wish to consult? \_\_\_\_\_  
整形外科せいけいげか／Orthopedics ・ 外科げか／Surgery ・ 内科ないか／Internal Medicine ・ 小児科しょうにか／Pediatrics ・  
産婦人科さんぷじんか／Obstetrics&Gynecology ・ 耳鼻咽喉科じびいんこうか／Ear, Nose&Throat ・ 眼科がんか／Ophthalmology ・  
皮膚科ひふか／Dermatology ・ 泌尿器科ひにょうきか／Urology
7. \_\_\_\_\_科かは \_\_\_\_\_番ばんの部屋へやです。／The \_\_\_\_\_ department is located in room number. \_\_\_\_\_番ばんの \_\_\_\_\_科かの受付うけつけに（①行いってください。②案内あんないします。）  
（①Please go to. ②I will show you to.） number \_\_\_\_\_ reception desk for the department.

か しんりょうしつ  
**科診療室／Consultation Room for \_\_\_\_\_ department.**

1. カルテをつくれます。主訴しゅそはなんですか？  
I will make a medical record for you. What are your main symptoms? \_\_\_\_\_
2. 主訴しゅそはいつからですか？When did your problem begin? \_\_\_\_\_
3. 何か薬なにかくすりを服用ふくようしましたか？（①はい ②いいえ）／Have you taken any medicine? (①yes ②no)
4. 薬くすりは効ききましたか？（①はい ②いいえ）／Was the medicine effective? (①yes ②no)
5. 既往症きおうしやうは？家族歴かぞくれきは？／Have you ever had any serious illness? Has there been any serious illness in your family history?  
既往症きおうしやう／Patient's Medical History \_\_\_\_\_  
家族歴かぞくれき／Family Medical History \_\_\_\_\_
6. それはいつ頃ごろで、病名びやうめいは？  
When did it happen? What was the name of the illness or disease? \_\_\_\_\_
7. 入院にゅういんは出来ますか？（①はい ②いいえ）／Do you consent to be hospitalized if necessary? (①yes②no)
8. 体からだの場所ばしよを、指ゆびで示しめして下さい。 (身体しんたいの 図ず)  
Point to the part of the body where you have the problem. (Show body illustration(s) )



9. 今まで食事・薬または注射で、体に発疹ができたことがありますか？ (①はい ②いいえ)  
 Have you had a skin rash before because of something you ate, a medicine or an injection? (①yes ②no)
10. 検査は、\_\_\_\_\_を行います。／We are going to examine you for\_\_\_\_\_
11. 病名は\_\_\_\_\_です。Our preliminary diagnosis is \_\_\_\_\_

## 会計 / Payment of Medical Bill

1. 日本では保険診療制度ですが、健康保健に加入していますか？ (①はい ②いいえ)  
 Japan has a system of Health Insurance. Are you covered by any health insurance scheme? (①yes ②no)
2. 保険に加入していない場合、自費扱いとなりますが、それでもよろしいですか？ (①はい②いいえ)  
 If you are not covered by insurance you will have to pay the full cost of medical expenses yourself. Is this OK? (①yes ②no)
3. 本日の診療について全額、お支払いできますか？ (①はい ②いいえ)  
 Are you able to pay for today's consultation in full? (①yes ②no)
- ① 全額支払えない場合、いくらならお支払いできますか？  
 If you are unable to pay in full today, how much are you able to pay?\_\_\_\_\_
- ② \_\_\_\_\_日までに持ってきてください。／Please bring the amount for expenses by (date)\_\_\_\_\_.
- ③ 福祉事務所 (市役所) で相談してください。  
 Please consult with the Social Welfare Office (Municipal Office)
- ④ 保険人の名前、住所、電話番号を書いてください。  
 Please write down the name, address and telephone number of your insurer.
- ⑤ 日本語のわかる友人を連れてきてください。  
 Please bring a Japanese speaking person with you.

## 薬局 / Pharmacy

1. 診察を受けましたか？ (①はい ②いいえ) Did you have a medical consultation? (①yes ②no)

## 2. 服薬指導 / Advice for taking the medicine

- いつ頃から症状がありますか？ / When did the symptoms begin? \_\_\_\_\_
- 症状の程度はどのくらいですか？ / How severe are the symptoms? \_\_\_\_\_
- アレルギーはありますか？ (①はい ②いいえ) / Do you have any allergies? (①yes ②no)
- アレルギーの原因はわかりますか？ / What are you allergic to? \_\_\_\_\_
- 持病がありますか？ (①はい ②いいえ) / Do you have any chronic illness? (①yes ②no)
- 他の薬を服用していますか？ (①はい ②いいえ)  
Are you taking any other medicine currently? (①yes ②no)
- 服用中の薬の名前はわかりますか？  
Do you know the name of the medicine you are taking? \_\_\_\_\_
- 妊娠していますか？ (①はい ②いいえ) / Are you pregnant? (①yes ②no)

## 3. この薬を服用して下さい。 / Please take this medicine. \_\_\_\_\_

この薬は、 / This medicine.....,

- 熱を下げます。 / Reduces fever.
- 痛みを和らげます。 / Relieves pain.
- 炎症を抑えます。 / Alleviates inflammation.
- 鼻水・鼻づまりを柔らげます。 / Relieves a runny nose and stuffiness.
- 咳をとめます。 / Suppresses a cough.
- 喘息の薬です。 / Is a medicine for asthma.
- 風邪薬です。 / Is a cold medicine.
- ビタミン剤です。 / Is a vitamin supplement.
- 吐き気を抑えます。 / Relieves nausea.
- 下痢をとめます。 / Relieves diarrhea.
- 消化を促します。 / Helps digestion.
- 胃腸薬です。 / Is a stomach medicine.
- 排便を促します。 / Is a laxative.
- 痒みをとめます。 / Relieves itchiness.
- イライラや興奮を静める薬です。 / Relieves tension and agitation.
- 傷口を消毒する薬です。 / Works as a disinfectant.
- 乗り物酔いを防止します。 / Relieves travel sickness.
- 妊娠しているかどうか検査する薬です。 / Is a pregnancy test.

## ざい けい 剤 形 / Type of medicine

- 内用薬 / Internal medicine
  - ① 粉薬 / Powder medicine
  - ② 水薬 / Liquid medicine
  - ③ 錠剤 / Tablet
  - ④ カプセル / Capsule
  - ⑤ トローチ / Lozenge
- 外用薬 / External Medicine
  - ① 点眼薬 / Eye drops
  - ② 眼軟膏 / Eye ointment
  - ③ 軟膏 / Ointment
  - ④ 点鼻薬 / Nasal spray
  - ⑤ うがい薬 / Gargle medicine
  - ⑥ 座薬 / Suppository
  - ⑦ 湿布薬 / Heat plaster
  - ⑧ 吸入薬 / Inhaling medicine

### 4. 用法・用量を説明します。 / Explanation of use and amount

用法・用量は必ずお守りください。 / Always follow the instructions regarding use and amount.

- ・ 1回 ( ) (錠、カプセル、包、ml) / Take ( ) (pill, capsule, packet, ml) each time
- ・ 1日 (1、2、3、4) 回 飲んでください。 / Take the medicine (1, 2, 3, 4) times a day (朝、昼、夕、ねる前) に服用してください。

Take the medicine (in the morning, at lunchtime, in the evening, before bedtime).

(食前、食後、食間) に服用してください。

Take the medicine (Before a meal, after a meal, during the meal).

( ) 時間ごとに服用してください。 / Take the medicine every ( ) hours.

- ・ 十分な水あるいはお湯で、飲んでください。 / Take the medicine with plenty of water.
- ・ 1回2~3滴を1日3~4回点眼してください。 / Use 2 or 3 drops of eye medicine, 3 or 4 times a day.
- ・ 1回1ビン 飲んでください。(1日2ビンまでです)

Take one bottle at a time (no more than 2 bottles a day).

- ・ 1目 盛りを、水60ml にうすめて、1日数回うがいしてください。

Dilute one measure of medicine with 60ml of water and gargle several times a day.

- ・ 1日4~5回、1回1錠を口の中で 噛まずに 溶かしながら服用してください。

Dissolve one lozenge in the mouth 4 or 5 times a day.

- ・ 発熱したとき使用してください。 / Take this medicine if you develop a fever.
- ・ 適用量を患部に塗布してください。 / Apply an appropriate amount on the affected area.
- ・ 必要なところに 貼ってください。 / Place the plasters as necessary.
- ・ 座薬を先の太い方から肛門に挿入してください。

Insert the suppository into the anus with the thick end first.

- ・ 肛門から注入してください。／Use by inserting into the anus.
- ・ 患部に吹き付けてください。／Spray onto the affected area.

5. 保存方法について／Storage instructions

- ・ 他の容器に入れ替えないようにしてください。(どんな薬かわからなくなります)  
Do not transfer into another container. (you will not know what the medicine is)
- ・ 直射日光を避け、なるべく涼しいところに保管してください。  
Store in a cool place out of direct sunlight.
- ・ 子どもの手の届かないところに保管してください。／Store out of children's reach.

6. 副作用などについて／Information on side-effects

- ・ この薬を飲んで眠くなることがありますので、車の運転や機会の操作は避けてください。  
May cause drowsiness- avoid driving a car or operating machinery after use.
- ・ この薬を飲むと多少胃が荒れるかもしれません。  
May cause slight stomach troubles.
- ・ まれに、発疹、食欲不振、悪心、めまいが起こることがあります。もし起こったら服用を中止して、すぐ医師・薬剤師に相談して下さい。  
Rarely may cause rashes, loss of appetite, nausea, and dizziness. If any of these symptoms occur, consult your doctor or pharmacist.
- ・ 尿の色が黄色くなるがありますが、心配ありません。  
May cause a change in urine colour. This is nothing to worry about.



# 内科 / INTERNAL MEDICINE

## 内科受付 / Internal medicine reception

### 診察前 / Before consultation

1. ここが内科の受付です。 / This is the reception for internal medicine.
2. カードに症状を書いてください。書いたら内科受付に出してください。  
Please write your symptoms on this card and hand it in to reception.
3. 診察の順番が来るまで待合室で待っていてください。  
Please wait for your turn in the waiting room.
4. 番号で診察します。入ってください。  
Consultation for number \_\_. Please come this way.

### 診察後 / After consultation

1. これがあなたの診察券です。次の来院の際は、これをお持ち下さい。  
This is your consultation card. Please bring it with you the next time you come for a consultation.
2. 会計をして、薬局で薬をもらってください。  
Please settle your expenses and collect your medicine from the pharmacy.
3. 帰宅して結構です。 / You may go home now.
4. おだいじに。 / Take care.

## 内科診療室 / Internal medicine – consultation room

### 問診票 (1) / DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE (1)

1. この紙に症状を (①書いてください。②チェックしてください)。  
Please take this form and (①fill it in ②mark your symptoms).
2. この紙は診療室で見せてください。  
Please hand this form to the doctor for consultation.
3. この紙は受付に出してください。 / Please hand this form to the receptionist.
4. この紙はナースに渡してください。 / Please hand this form to the nurse.

### 問診票 (2) / DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE (2)

1. 今まで患った病気はありますか。(①はい ②いいえ)

Have you had any serious illness before (①Yes ②No)

脳血管障害／Cerebrovascular disease 高血圧／Hypertension 心臓病／Heart disease  
呼吸器疾患／Respiratory disease 消化器疾患／Disease of the digestive system 肝臓病／

Liver disease 腎臓病／Renal disease 癌／Cancer 糖尿病／Diabetes 喘息／Asthma

その他 (英語で書いて下さい。わからなければ母国語で書いて下さい。)

Other (If you cannot write it in English, write it in your own language.)

2. 今まで病気したことがありません。／I have never before had a serious illness.

### 問診票 (3) / DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE (3)

1. 一般事項のチェック／General examination

2. 病気を診てもらいに来ました。／I have come to have my illness diagnosed.

3. 健康診断に来ました。／I have come for a physical checkup.

4. 血液検査に来ました。／I have come for a blood test.

5. 人間ドックに来ました。／I have come for a complete clinical examination.

6. タバコを吸いますか? (①はい \_\_\_本／日 ②いいえ)

Do you smoke? (①Yes \_\_\_ cigarettes a day ②No)

7. お酒を飲みますか? (①はい \_\_\_／日 (日本のビールに換算して) ②いいえ)

Do you drink? (①Yes: \_\_\_ ml a day (in terms of Japanese beer) ②No)

8. アレルギー体質ですか? (①はい ②いいえ) / Do you suffer from any allergy? (①Yes ②No)

9. 妊娠していますか? (①はい ②いいえ) / Are you pregnant? (①Yes ②No)

10. 最終月経はいつですか? (\_\_\_年 \_\_\_月 \_\_\_日)

When did your last menstrual period start? (\_\_\_Month \_\_\_Day \_\_\_Year).

11. 結婚はしていますか? (①はい ②いいえ) / Are you married? (①Yes ②No)

12. 子供はいますか? (①はい 男 \_\_\_人、女 \_\_\_人 ②いいえ)

Do you have children? (①Yes: \_\_\_boy(s) \_\_\_girl(s) ②No)

### 主な症状のチェック (A) / VERIFICATION OF MAJOR SYMPTOMS (A)

1. 熱がある／Fever 寒気がする／Chills

2. 食欲がない／Poor appetite 体がだるい／Fatigue 眠れない／Insomnia ねすぎる／Excessive sleep

3. 皮膚が (①かゆい ②むくむ ③腫れたところがある ④発疹がある ⑤乾く ⑥汗が出る)

My skin is (①itchy ②puffy ③locally swollen ④in a rash ⑤dry ⑥sweaty).

4. 頭が痛い (①強 ②中 ③弱) ・めまいがする

I have a (①severe ②moderate ③slight) headache ・ I feel dizzy.

5. 顔が (①腫れる ②むくむ ③ほてる) / My face is (①swollen ② puffy ③flushed)

6. 眼が (①痛い ②ごろごろする ③乾く ④涙が出る)  
My eyes feel (①sore ②gritty ③dry ④watery).
7. 鼻が (①痛い ②つまる ③乾く ④臭いがしない ⑤鼻汁が出る ⑥くしゃみが出る ⑦鼻血が出る)  
My nose is (①sore ②stuffed up ③dry ④lacking sense of smell ⑤runny ⑥sneezy ⑦bleeding).
8. 口が (①口内が乾く ②腫れる ③痛い ④口臭がある ⑤つばが出すぎる・出ない ⑥口内炎がある ⑦ぶつぶつがある ⑧潰瘍がある)  
My mouth is (①dry inside ②swollen ③sore ④afflicted by bad breath ⑤too watery/not salivating ⑥inflamed by oral mucosa ⑦in a rash inside ⑧ulcerated).
9. 舌が (①もつれる ②痛い ③しみる) / My tongue feels (①thick ②sore ③stinging).
10. のどが (①痛い ②腫れる ③異物感がある ④のみこむと痛い ⑤のみこめない)  
My throat feels (①sore ②swollen ③clogged ④sore when I swallow ⑤hard to swallow).
11. ①耳が痛い ②耳鳴りがする ③聴こえにくい / My ears are (①sore ②ringing ③hard of hearing).
12. せきが 出る / I cough 痰が出る / I cough up phlegm 血痰が出る / I cough up bloody phlegm
13. 息苦しい / It's hard to breathe ゼーゼーする / I wheeze
14. 胸が苦しい / My chest feels constricted.
15. 胸が痛い / My chest feels sore.
16. 動悸がする / My heart palpitates.
17. 血圧が高い / I have high blood pressure.
18. 脈が (①早い ②遅い ③不整である) / My pulse is (①rapid ②slow ③irregular)
19. 腹が痛い (①いつも ②時々 ③押さえると ④食事の前に ⑤後に)  
My stomach aches (①all the time ②sometimes ③when I press it with my hand ④before a meal ⑤after a meal).
- (左 / Left 右 / Right 上 / Upper half 中 / Middle 下 / Lower half)  
(強 / Strong 中 / Moderate 弱 / Slight)
20. はきけがする / I feel nauseous
21. 吐く / I throw up
22. 下痢している / Diarrhea 血便が出る / Bloody stool 粘液が出る / Mucous stool
23. 便秘している / Constipated
24. 腹がはる / Bloating abdomen 腫れている / Swollen abdomen
25. 腹が大きくなっている / Enlarged abdomen
26. ガスがでない / Stomach gas
27. 背中が痛い / Back pain
28. 腰が痛い / Lower-back pain
29. ①肩 ②腕 ③手 ④下肢 ⑤足 (①左 ②右) が動かない 痛い 腫れる むくむ しびれる  
I cannot move my (①shoulder ②arm ③hand ④leg ⑤foot) (①left ②right) It is sore swollen puffy numb

30. (①肩 ②肘 ③手 ④指 ⑤股 ⑥膝 ⑦足) (①左 ②右) の関節が痛い 腫れる  
The joint of my (①shoulder ②elbow ③hand ④finger ⑤groin ⑥knee ⑦foot) (①left ②right) is sore swollen.
31. 排尿すると (①腹が ②性器が) 痛い / When urinating my (①abdomen ②genital organs) feel sore.
32. 排便すると (①腹が ②肛門が) 痛い / My (①abdomen ②anus) feels sore during bowel movements.
33. 痔がある / I have hemorrhoids
34. 尿が出ない / I can't urinate 出にくい / It's difficult to urinate.
35. 血尿が出る / My urine is bloody
36. 尿に糖が出ると 言われた / Sugar was found in my urine.
37. 尿に蛋白が出ると 言われた / Protein was found in my urine.
38. やせて 来た / I'm losing weight
39. 肥って 来た / I'm gaining weight.

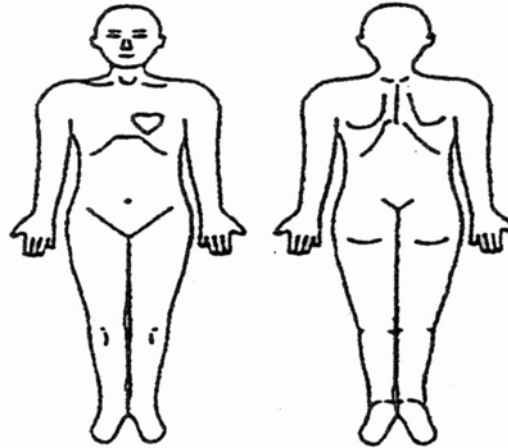
### 主な症状のチェック (B) / VERIFICATION OF MAJOR SYMPTOMS (B)

1. いつから \_\_\_\_ 時間前から \_\_\_\_ 日前から \_\_\_\_ ケ月前から \_\_\_\_ 年前から  
Since when? \_\_\_\_ hours ago \_\_\_\_ days ago \_\_\_\_ months ago \_\_\_\_ years ago.
2. どんな時 / When?  
朝 / Morning 昼 / Afternoon 夜 / Evening 寝ている時 / While sleeping  
食前 / Before a meal 中 / During a meal 後 / After a meal  
安静時 / While at rest 運動時 / While moving  
重い物を持った時 / When I lift something heavy  
寒い時 / When it is cold 暑い時 / When it is hot
3. 症状の程度 (1) / Degree of symptom (1)  
強い / Severe 中等度 / Moderate 弱い / Weak
4. 症状の程度 (2) / Degree of symptom (2)  
いつも / Always 時々 / Sometimes たまに / Once in a while

## 主な症状のチェック (C) / VERIFICATION OF MAJOR SYMPTOMS(C)

症状のある部位を 図で示して下さい。

Using the illustrations, point to the part of the body where the symptom occurs.



## 検査 / EXAMINATIONS

1. 採血します。 / We will take a blood sample.
2. 採尿します。 / We will take a urine sample.
3. X線写真をとります。 / We will take an X-ray.
4. 特殊なX線検査をします。 / We will take a special X-ray. (①CT=Computed Tomography  
②MRI=Magnetic Resonance Imaging, etc.)
5. 胃の (腸の) X線検査をします。 / We will X-ray your stomach (intestine).
6. 心電図をとります。 / We will do an electrocardiogram.
7. 運動した前、後の心電図をとります。 / We will do electrocardiograms before and after you exercise.
8. 胃の (大腸の) 内視鏡検査をします。 / We will do an endoscopy in your stomach (large intestine).
9. 心臓の (腹部の) 超音波検査をします。 / We will do an ultrasound exam of your heart (abdomen).
10. \_\_\_\_ 番の部屋で検査をしますので、(① 行って下さい。 ②案内します。)  
Please(①go to ②follow me to) Room No. \_\_\_\_ for the examination.

## 診療後 / AFTER THE CONSULTATION

### 病気の説明 [1] 診断 / Explanation of disease [1] diagnosis.

1. 風邪です。 / You have a cold.
2. 肺の病気です。 / You have a lung disease. 気管支炎です。 / You have bronchitis.  
気管支喘息です。 / You have bronchial asthma. 肺炎です。 / You have pneumonia.  
胸膜炎です。 / You have pleuritis. 結核です。 / You have tuberculosis.
3. 心臓の病気です。 / You have a heart disease.

4. 高血圧こうけつあつです。／You have hypertension. 不整脈ふせいみやくです。／You have arrhythmia.  
 弁膜症べんまくしょうです。／You have a valvular disease of the heart.  
 狭心症きょうしんしょうです。／You have angina. 心筋梗塞しんきんこうそくです。／You have myocardial infarction.  
 先天性心臓病せんてんせいしんぞうびょうです。／You have a congenital heart disease.
5. 消化器系の病気しょうかきけい びょうきです。／You have a digestive system disease.  
 胃炎いえんです。／You have gastritis. 胃潰瘍いはいようです。／You have a gastric ulcer.  
 十二指腸潰瘍じゅうにしちようかいようです。／You have a duodenal ulcer. 腸炎ちようえんです。／You have enteritis.  
 大腸炎だいちょうえんです。／You have colitis. 食中毒しょくちゅうどくです。／You have food poisoning.  
 肝臓病かんぞうびょうです。／You have a liver disease. 肝炎かんえんです。／You have hepatitis.  
 胆石症たんせきしょうです。／You have a gallbladder stone. 胆嚢炎たんのうえんです。／You have cholecystitis.  
 膵炎すいえんです。／You have pancreatitis. 虫垂炎ちゅうすいえんです。／You have appendicitis.  
 ポリープ (①胃 ②大腸) です。／You have a polyp in the (①stomach ②large intestine).
6. 腎臓病じんぞうびょうです。／You have a kidney disease. 腎炎じんえんです。／You have nephritis.  
 ネフローゼです。／You have nephrosis.  
 尿路結石にょうろけつせきです。／You have a urinary tract stone.  
 腎盂炎じんうえんです。／You have kidney pelvis infection.
7. 糖尿病とうりょうびょうです。／You have diabetes.
8. 関節リウマチかんせつです。／You have rheumatoid arthritis.
9. 痛風つうふうです。／You have gout.
10. リウマチ熱ねつです。／You have rheumatic fever.
11. ①甲状腺疾患こうじょうせんしつかんです。②甲状腺機能亢進症こうじょうせんきのうこうしんしょう (低下症ていかししょう) です。  
 ①You have a thyroid disease ②You have hyperthyroidism(hypothyroidism).
12. 血液疾患けつえきしつかんです。／You have a blood disease. 貧血ひんけつです。／You have anemia.  
 白血病はっけつびょうです。／You have leukemia.
13. 急性きゅうせいです。／It's acute.
14. 慢性まんせいです。／It's chronic.
15. 診断しんだんはまだわかりません。／It's difficult to give a definite diagnosis at this moment.
16. 検査の結果けんさを見て病名びょうめいを教えます。  
 We will specify the disease after we study the examination results.
17. もう少し詳しい検査けんさをしましょう。／Let's make a more thorough examination.
18. 心配しんぱいはいりません。／Don't worry.
19. 大丈夫だいじょうぶです。／It's no problem.
20. すぐ治なおります。／You will get well soon.
21. 治なおるまでには長ながくかかります。／It will take a long time for you to get well.

## 病気の説明[2]治療／EXPLANATION OF DISEASE [2] TREATMENT

1. 家で安静いへ あんせいにしていて下さい。／Stay in bed at home.
2. 食事療法しょくじりょうほうをして下さい。／You need a dietetic treatment.  
消化しょうかのよいものを食べる。／You need to eat food that is easy to digest.  
脂肪しぼうをとらない。／Don't eat fatty foods  
食事しょくじの量りょうを減らす。／Cut down on the amount you eat.  
絶食ぜつしょくする。／Don't eat at all 禁酒きんしゅ／Don't drink alcohol 禁煙きんえん／Don't smoke tobacco.
3. 薬くすりを処方しょうほうします。／We will give you a prescription.
4. 薬くすりを飲んで下さい。／Take the medicine.
5. 注射ちゅうしゃをします。(① 静脈じょうみやく ② 皮下ひか ③ 筋肉きんにく)  
We will give you an(①intravenous ②subcutaneous ③intramuscular) injection.
6. 点滴注射てんてきちゅうしゃをします。／We will give you a drip injection.
7. 傷きずの処置しよちをします。／We will treat the injury.
8. \_\_\_\_日後にちごに再びふたたび外来がいらいしてください。／Come here again in \_\_\_\_ days as an outpatient.
9. 次の外来つぎ がいらいを予約よやくしてください。／Please make the next outpatient appointment.
10. 手術しゅじゆつが必要です。／You need an operation.
11. 入院にゅういんが必要です。／You need to be hospitalized.
12. \_\_\_\_科かに行いって診みてもらってください。／Please visit the\_\_department for consultation.
13. 専門せんもんの病院びやういんに行いってください。／Please visit a specialized hospital.
14. 専門病院せんもんびやういんを紹介しょうかいします。／We will refer you to a specialized hospital.
15. 紹介状しょうかいじょうを書かきます。／We will write a letter of referral for you.
16. この紹介状しょうかいじょうを持もって行いってください。／Please take this letter of referral with you.

# 外科・整形外科 / Surgery-Orthopedics

## 身体各部の名称 / Parts of the body

頭 / Head 顔 / Face 胸部 / Chest 腹部 / Abdomen 背部 / Back 腰部 / Waist 上肢 / Upper Limbs (①肩部 / Shoulder ②上腕 / Upper Arm ③前腕 / Forearm ④手指 / Fingers) 下肢 / Lower Limbs (①大腿 / Upper Leg ②下腿 / Lower Leg ③足部 / Foot (a.足踵 / Heel b.足背 / Instep c.足趾 / Toes)) 右 / Right 左 / Left 前 / Front 後 / Back

1. この創傷について聞きます。 / I will ask you about this injury.

- (1) 原因は何ですか? / What is the cause? \_\_\_\_\_
- (2) 何日からですか? / When did it happen? \_\_\_\_\_
- (3) 疼痛はありますか? (①はい ②いいえ) / Is it painful? (①Yes ②No)
- (4) 出血は / Did it bleed (a.多かったですか? / a lot b.少なかったですか? / a little) (①はい ②いいえ) / (①Yes ②No)
- (5) ここに座って下さい。 / Please be seated here.
- (6) ここに寝て下さい。 / Please lie down here.
- (7) 創傷を見せて下さい。 / Let me have a look at the injury.
- (8) 多少痛みますが我慢して下さい。 / It may be a bit painful, but please bear with me.
- (9) X線検査をします。 / We will give you an X-ray.
- (10) 血液の検査をします。 / We will do a blood test.
- (11) 超音波の検査をします。 / We will do an ultrasound examination.
- (12) CTスキャンの検査をします。 / We will do a CT scan.
- (13) 麻酔をします。 / We will use an anesthetic. It is (①局所麻酔 / a local anesthetic ②伝達麻酔 / a conduction anesthetic ③半身麻酔 / a half-body anesthetic ④全身麻酔 / a general anesthetic) です。

2. 創傷の処置は / FOR TREATMENT OF THE INJURY.

- (1) 保存的外科処置をして固定包帯とします。  
We will use a surgical technique and bind the injury with a fixed dressing.
- (2) 縫合術をします。 / We will stitch the injury.
- (3) 外来にて治療します。 / We will treat you in the outpatients' department.
- (4) 毎日通院して下さい。 / Please come here to the hospital every day.
- (5) 1週間に2, 3回通院して下さい。 / Please come here two to three times a week.
- (6) 1週間から10日目に抜糸します。 / We will remove the stitches in a week to 10 days.



(7) X線検査して/Judging from the X-ray examination...

- ① 骨折はありません。湿布して固定包帯して下さい。

No bone fracture was found. Apply a wet compress and fixed dressing.

湿布は 1日に/Change the wet compress (a.1回/once b.2回/twice c.3回/three times d.4回/four times) 交換して下さい。/a day.

- ② 骨折があります。/You have a bone fracture. We will apply a (a.固定包帯/fixed dressing b.副木固定/splint c.ギブス固定/plaster cast) をします。

- ③ 手術をします。/We will perform an operation (a.外来にて手術をします。/in the outpatients' department b.入院して手術をします。/during hospitalization)

1. 貴方の病気は手術を必要とします。/Your problem requires an operation.

- ① 麻酔は/The anesthetic will be (a.局所麻酔/local b.伝達麻酔/conduction c.全身麻酔/general) です。

- ② 手術は/The operation will be (a.開腹術/abdominal b.整形外科的の手術/orthopedic) です。

# 外科・胃腸科／Surgery-Gastroenterology

1. 症状はいつからありましたか？／When did your symptom(s) start?
2. 吐気はありますか？／Do you feel like vomiting? (①嘔吐はありますか？／Have you vomited?  
②1日何回くらいありますか？／If so, how many times a day?) (①はい ②いいえ)／(①Yes ②No)
3. 下痢はありますか？ (①1日何回ですか？ ②水様ですか？) (①はい ②いいえ)  
Do you have diarrhea? (①How often? ②Is it explosive?) ①Yes ②No
4. 疼痛はありますか？ (①軽い疼痛ですか？ ②中程度の疼痛ですか？ ③重度ですか？)  
(①はい ②いいえ)  
Do you feel pain? If so, is it (①light ② moderate③severe)pain?①Yes ②No  
(①さしこむような疼痛ですか？②重苦しい感じですか？ ③放散する疼痛ですか？)  
(Is it ① sharp ②oppressive ③diffuse pain?)  
いつからですか。／(①1日 ②2日 ③3日 ④1週間 ⑤1ヶ月間)  
Since when? ／①1 day ②2 days ③3 days ④1 week ⑤1 month
5. 検査をします。(①X線検査 ②ファイバースコープ ③血液検査 ④尿の検査 ⑤大便の検査)  
We will do a (①X-ray ②fiberscope ③blood ④urine ⑤stool)examination
6. こちらの部屋に 来て下さい。／Please come into this room.
7. ここに座って下さい。／Please be seated here.
8. ここに寝て下さい。／Please lie down here.
9. 腕を出して下さい。／Please bare your arm.
10. 注射をします。／We will do an injection
11. 貴方の病気は次の病気です。／Your illness is:
  - ① 食道：(a.食道異物(魚の骨) b.食道静脈瘤破裂 c.食道癌)  
Esophagus:(a. Foreign matter(such as a fishbone) caught in the esophagus  
b. Rupture of esophageal varicosity c. Esophageal cancer
  - ② 胃：(a.胃潰瘍 (大潰瘍、小潰瘍) b. (浅い潰瘍、深い潰瘍、穿孔しています。)  
c.マロリーワイス症候群 d.胃炎 e.胃癌  
Stomach: (a. Gastric ulcer (large,small) b. Degree of ulceration (superficial, deep,  
perforated) c. Mallory Weiss Syndrome. d. Gastritis e. Gastric cancer)
  - ③ 小腸：(a.メッケル氏憩室 b.十二指腸潰瘍 c.腸閉塞 d.腸捻転 e.腸重積  
f.腸間膜血管閉塞症)  
Small intestine: (a.Meckel diverticulum b.Duodenal ulcer c.Intestinal obstruction  
d. Volvulus e. Invagination f.Mesenteric vascular occlusion)

- ④ 大腸 : (a.大腸憩室 b.大腸ポリープ c.大腸穿孔)  
 Large intestine:(a.Diverticular colon disease b.Colon polyp c.large intestine perforation)
- ⑤ 直腸・肛門 : (a.直腸癌 b.直腸潰瘍 c.結腸癌 d.内、外痔核 e.内、外痔瘻 f.裂肛)  
 Rectum/Anus:(a. Rectal cancer b. Rectal ulcer c. Colonic cancer d.Internal/external hemorrhoid e. Internal/external anal fistula f.Anal fissure)
- ⑥ 肝 : (a.肝癌 b.肝硬変 c.肝嚢腫 d.寄生虫 e.脂肪肝 f.肝炎 (①急性肝炎 ②慢性肝炎 ③ウイルス性肝炎 (A・B・C型))  
 Liver:(a. Liver cancer b. Cirrhosis c. Liver cyst d. Parasite e. Fatty liver f. Hepatitis (① Acute hepatitis ② Chronic hepatitis ③ Viral hepatitis (Type A, B, C))
- ⑦ 胆嚢 : (a.胆嚢炎 b.化膿性胆嚢炎 c.肝内結石 d.総胆管結石 e.胆嚢結石)  
 Gallbladder:(a. Cholecystitis b. Purulent cholecystitis c. Intrahepatic gallstones d. Common bile duct stone e. Gallbladder stone)
- ⑧ 膵 : (a.急性膵炎 b.急性化膿性穿孔性膵炎 c.膵嚢腫 d.膵腫瘍 (癌))  
 Pancreas:(a.Acute pancreatitis b.Acute purulent perforative pancreatitis c.Pancreatic cyst d.Tumors(cancer) of the pancreas)
- ⑨ 脾臓 : (a.脾破裂 b.バンター氏病 (鬱血性脾腫))  
 Spleen:(a. Rupture of the spleen b. Banti's disease (Congestive splenoma)

# 小児科／PEDIATRICS

小児科では母親（子供の様子が一番よくわかる人）に問診する。

In pediatrics we will ask questions to the mother (or whoever knows the child's situation best)

## 発熱／FEVER

1. 医師：熱はありますか？  
Doctor: Does he (she) have a fever.
2. 母親：熱があります。熱はありません。  
Mother: Yes, he (she) has a fever. No, he (she) has no fever.
3. 医師：いつから熱がありますか？  
Doctor: Since when has he (she) had a fever?
4. 母親：\_\_\_月 \_\_\_日 \_\_\_時からあります。  
Mother: Since \_\_\_ o'clock on \_\_\_ (month) \_\_\_ (day).
5. 医師：\_\_\_月 \_\_\_日の最も高い熱は何度ですか？  
Doctor: What was the highest temperature for \_\_\_ (month) \_\_\_ (day)?
6. 母親：\_\_\_度 \_\_\_分です。  
Mother: It was \_\_\_\_\_ degrees.
7. 医師：翌日の最も高い熱は何度ですか？  
Doctor: What was the highest temperature for the next day?
8. 母親：\_\_\_度 \_\_\_分です。  
Mother: It was \_\_\_\_\_ degrees.
9. 医師：翌々日の最も高い熱は何度ですか？  
Doctor: How high was it the day after?
10. 母親：\_\_\_度 \_\_\_分です。  
Mother: It was \_\_\_\_\_ degrees.

◎ 【このように受診当日までの、各日の最高体温を問診する。4日以上、発熱が持続する場合には、別表1（次項）の熱型表に母親に記入させる。子供の発熱は高熱でも、4日未満の持続期間で喉頭発赤を認めれば、感冒がしばしばで、2日分の処方を行い、2日後に再来を指示する。しかし、38℃以上の発熱が5日以上持続したら、全身状態が比較的よくても、不明熱として入院精査の適応となる】

## 咳／COUGHING

1. 医師：咳はありますか？  
Doctor: Does the child have a cough?

2. 母親：咳はあります。 咳はありません。  
 Mother: Yes, he (she) does. No, he (she) doesn't.
3. 医師：いつから咳がありますか？  
 Doctor: When did he (she) start coughing?
4. 母親：\_\_\_月 \_\_\_日からあります。  
 Mother: Since \_\_\_ month \_\_\_ day.
5. 医師：だんだん、咳が強くなりますか？  
 Doctor: Is the cough getting worse?
6. 母親：強くなります。 変わりません。  
 Mother: It's getting worse. It's about the same.

◎ 【発熱のない咳嗽の場合には、感冒がしばしばであるが、聴診により喘息発作を鑑別する。喘息があれば喘息の項目を参照する。発熱があっても、3日未満の発熱と咳嗽の場合も感冒の可能性が高く、2日分の処方を行い、2日後に再来を指示する。しかし38℃以上の発熱が4日以上持続し、咳嗽を伴い、増悪する場合には肺炎の可能性が高く、入院適応となる。胸部X線検査を行い、入院加療する】

## 別表1 / TABLE 1

下表に熱の出た日から月日を記入し、その日に測った体温を思い出して、点で記入して下さい。

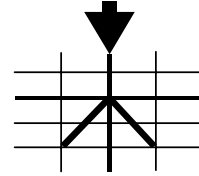
In the table below, please fill in the dates since the fever started, the child's temperatures as you recall them each day, and dot the table to make a line graph.

解熱剤使用の際には表に矢印(↓)を記入して下さい。

If you used an antipyretic, mark an arrow ↓ at the appropriate place on the table to indicate its use.

# 体温表 / BODY TEMPERATURE GRAPH

月 日 (曜)	日 ( )		日 ( )		日 ( )		日 ( )		日 ( )		日 ( )	
Month Day (Day of the Week)	Day ( )		Day ( )		Day ( )		Day ( )		Day ( )		Day ( )	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
	a.m.	p.m.	a.m.	p.m.	a.m.	p.m.	a.m.	p.m.	a.m.	p.m.	a.m.	p.m.
	7	11	3	8	7	11	3	8	7	11	3	8
	時	時	時	時	時	時	時	時	時	時	時	時
41												
40												
39												
38												
37												
36												



## 嘔吐 / VOMITING

1. 医師：吐いたりしますか？

Doctor: Does the child vomit?

2. 母親：吐きます。 吐きません。

Mother: Yes, he (she) does. No, he (she) doesn't.

3. 医師：いつから吐きますか？

Doctor: When did he (she) start vomiting?

4. 母親：\_\_月 \_\_日 \_\_時から吐きます。

Mother: His (Her) vomiting began at \_\_ o'clock on \_\_ (month) \_\_ (day).

5. 医師：1日に何回吐きますか？

Doctor: How many times a day does he (she) vomit?

6. 母親：1日に\_\_回、吐きます。

Mother: He (she) vomits \_\_ times a day.

7. 医師：水分をとると、その後吐いてしまいますか？

Doctor: Does he (she) vomit after drinking liquids?

8. 母親：水分をとると吐きます。水分は、吐かずにとれます。

Mother: He (she) vomits after drinking liquids. He (she) can drink liquids without vomiting.

9. 医師：便に血がまじりますか？

Doctor: Is blood mixed with his (her) stool?

10. 母親：血がまじります。 血はまじりません。

Mother: Yes, there is blood in his (her) stool. No, there is no blood in the stool.

◎ 【子供では、1日の嘔吐が5回以上あって、それが2日以上続き、しかも水分をとると吐いてしまう場合には、脱水症をきたしますので、入院適応となる。また、血便を伴う場合

には、腸重積症や食中毒症の可能性が非常に高いので、入院精査の適応になる】

## 下痢/DIARRHEA

1. 医師：下痢はありますか？  
Doctor: Does he (she) have diarrhea?
2. 母親：下痢があります。下痢はありません。  
Mother: Yes, he (she) does. No, he (she) doesn't.
3. 医師：いつから下痢がありますか？  
Doctor: When did his (her) diarrhea start?
4. 母親：\_\_月\_\_日からあります。  
Mother: He (She) has had diarrhea since \_\_\_\_(month)\_\_(day).
5. 医師：1日に何回の下痢がありますか？  
Doctor: How many loose bowel movements each day?
6. 母親：1日に\_\_回の下痢があります。  
Mother: He (She) has \_\_ loose bowel movements a day.
7. 医師：下痢は水の様ですか？それとも柔らかい軟便ですか？  
Doctor: Is it explosive diarrhea? Or is it soft stools?
8. 母親：水の様です。軟便です。  
Mother: It's watery. It's soft.
9. 医師：便に血がまじりますか？  
Doctor: Is there blood in the stool?
10. 母親：血がまじります。血はまじりません。  
Mother: Yes, there is. No, there isn't.

◎ 【子供では、1日に10回以上の水様の下痢が2日以上持続する場合には、脱水症を合併するので入院適応となる。また血便を伴う場合には、食中毒症（サルモネラ感染症など）の可能性が非常に高いので、入院精査の適応となる】

## 発疹/SKIN RASH

1. 医師：皮膚に、発疹やブツブツはありますか？  
Doctor: Does the child have a rash or spots on the skin?
2. 母親：発疹があります。発疹はありません。  
Mother: Yes, he (she) has a rash. No, he (she) has no rash.
3. 医師：いつから発疹がありますか？  
Doctor: When did the rash start?
4. 母親：\_\_月\_\_日からあります。  
Mother: Since \_\_\_\_(month)\_\_(day).

5. 医師：体のどの部分から発疹が 出はじめましたか？

Doctor: Where did the rash appear first?

6. 母親：別表2に発疹部位を記入させる。

The mother is asked to mark Illustration 2 to indicate where the rash has appeared.

7. 医師：何月何日が一番、ひどくなっていましたか？

Doctor: On what day was the rash worst?

8. 母親：\_\_月 \_\_日が一番、ひどいです。

Mother: They were worst on \_\_ (month) \_\_ (day).

9. 医師：以下の病気にはかかったことがありますか？

Doctor: Has the child had any of these diseases?

母親に○印をつけさせる。／The doctor has the mother circle ○ the disease(s).

はしか／Measles ふうしん／Rubella みずぼうそう／Chicken pox おたふくかぜ／

Mumps ひやくにちせき／Whooping cough 突発性発疹症／Skin rash (roseola)

10. 医師：予防接種は、うけたことがありますか？ → 予防接種歴の項目へ

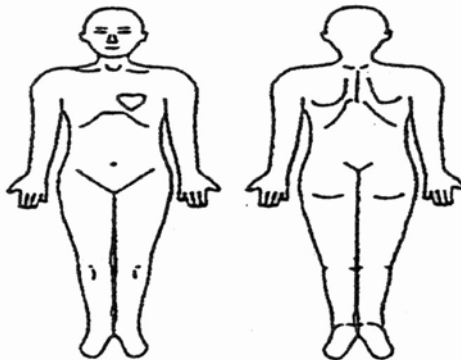
Doctor: Has he (she) been vaccinated? → Refer to the “Vaccination History” Section.

◎ 【上記の既往を問診し、既往疾患を除外して、診断をしぼる。発疹があつて、その他の入院適応となる症状を伴うときには、個室管理による隔離が必要になる】

## 別表2/ILLUSTRATION 2

◎ 下図に発疹のあつた部位を記入して下さい。

Please mark the illustrations(s) below to indicate where the child had a rash.





## けいれん／CONVULSIONS

1. 医師：けいれんはありましたか？  
Doctor: Has the child had convulsions?
2. 母親：けいれんをおこしました。けいれんはありません。  
Mother: Yes, he (she) had convulsions. No, he (she) had no convulsions.
3. 医師：いつ、けいれんをおこしましたか？  
Doctor: When did he (she) have convulsions?
4. 母親：\_\_月 \_\_日の\_\_時 \_\_分におこしました。  
Mother: He (She) had convulsions at \_\_: \_\_ on \_\_ (month) \_\_ (day).
5. 医師：何分間、けいれんが続きましたか？  
Doctor: How long did the convulsions continue?
6. 母親：\_\_分間続きました。  
Mother: They continued for \_\_ minutes.
7. 医師：何回、けいれんをおこしましたか？  
Doctor: How many times did the convulsions occur?
8. 母親：\_\_回、けいれんをおこしました。  
Mother: He (She) had convulsions \_\_ times?
9. 医師：熱はありますか？→熱の項目へ。  
Doctor: Does he (she) have a fever? → Refer to the “Fever” Section.

◎ 【子供のけいれんで、熱を伴い、5分以内のものが1回ならば、熱性けいれんである場合が多い。逆に、5分以上の継続時間あるいは2回以上のけいれんをおこしている場合には、髄膜炎、脳炎、脳出血などともなる症状であることがあるので、入院精査の適応となる】

## 意識障害／LOSS OF CONSCIOUSNESS

1. 医師：呼びかけて、応答のないのはいつからですか？  
Doctor: Since what time has the child not responded when you speak to him (her).
2. 母親：\_\_時 \_\_分からです。  
Mother: Since \_\_: \_\_
3. 医師：けいれんはありましたか？→けいれんの項目へ。  
Doctor: Did (she) have convulsions? → Refer to the “Convulsions” Section.
4. 医師：嘔吐はありましたか？→嘔吐の項目へ  
Doctor: Has he (she) vomited? → Refer to the “Vomiting” Section.

5. 医師：熱はありますか？→ 発熱の項目へ。

Doctor: Did he (she) have a fever? → Refer to the “Fever” Section.

6. 医師：この2週間以内の発疹やブツブツはありましたか？→ 発疹の項目へ。

Doctor: Has he (she) had skin spots or a rash during the past two weeks? → Refer to the “skin rash” Section.

◎ 【意識障害は原因検索と治療のために入院精査加療の適応となる】

## 腹痛／ABDOMINAL PAIN

1. 医師：腹痛はありますか？

Doctor: Does the child feel abdominal pain?

2. 母親：腹痛があります。腹痛はありません。

Mother: Yes, he (she) does. No, he (she) doesn't.

3. 医師：いつから腹痛がありますか？

Doctor: When did the abdominal pain start?

4. 母親：\_\_月 \_\_日 \_\_時からあります。

Mother: Since \_\_o'clock on \_\_ (month) \_\_ (day).

5. 医師：だんだん、腹痛が強くなりますか？

Doctor: Is the pain getting worse?

6. 母親：強くなります。変わりません。

Mother: It's getting worse. It's about the same.

7. 医師：腹痛のくる部位はどこですか？

Doctor: In which part of the abdomen does he (she) feel the pain?

8. 母親：腹部の絵（別表3）を示し、腹痛部位に印をつけさせる。

Showing the mother Illustration 3 of the abdomen, the doctor has her mark the painful part.

9. 医師：吐いたりしますか？→ 嘔吐の項目へ。

Doctor: Does he (she) vomit? → Refer to the “Vomiting” Section.

10. 医師：下痢はありますか？→ 下痢の項目へ。

Doctor: Does he (she) have diarrhea? → Refer to the “Diarrhea” Section.

◎ 【腹痛の場合、まず理学的所見で急性虫垂炎、その他の急性腹症を否定することが必要である。手術適応があると判断されれば、外科医師に診療を依頼する。外科的なものが考えにくい場合には、嘔吐あるいは下痢などの随伴症状があれば、それぞれの項目の判断に従う。下痢のない場合には、グリセリン洗腸を行い、便性を確認する。乳幼児で粘血便を認めたら、腸重積の可能性が高く、入院施設があり小児科医師のいる病院に、診療（透視下で高圧洗腸を行い、腸重積の診断および腸重積があれば、整復するため）を依頼する。粘血便がない場合には腹痛が軽快するかどうかが症状の動きをみる。軽快する場合は多い】

### 別表3/ILLUSTRATION 3

か ず おも ぶくつう ぶ い きにゆう くだ  
下図に主な腹痛の部位を記入して下さい。

Please mark the illustration below to indicate the part of the abdomen that hurts.



### 喘息/ASTHMA

1. 医師：喘息（ゼーゼー、ヒューヒュー）はありますか？

Doctor: Does the child wheeze?

2. 母親：喘息があります。喘息はありません。

Mother: Yes, he (she) does. No, he (she) doesn't.

3. 医師：いつから喘息がありますか？

Doctor: When did the wheezing start?

4. 母親：\_\_月 \_\_日の \_\_時からあります。

Mother: Since \_\_ o'clock on \_\_ month \_\_ (day).

5. 医師：だんだん、喘息が強くなりますか？

Doctor: Is the wheezing getting worse?

6. 母親：強くなります。変わりません。

Mother: It's getting worse. It's about the same.

7. 医師：喘息と言われたことはありますか？

Doctor: Has the child been diagnosed before as having asthma?

8. 母親：あります。ありません。

Mother: Yes, he (she) has. No, he (she) hasn't.

9. 医師：喘息と言われて、現在、お薬を飲んでますか？

Doctor: If diagnosed as asthmatic, is he (she) taking medication now?

10. 母親：飲んでます。飲んでません。

Mother: Yes, he (she) is. No, he (she) isn't.

11. 医師：薬剤名はわかる場合には、薬剤名を記入して、何錠を何時に飲んだかも記入して下さい。

Doctor: If you know the kind of medication he (she) is given, please write the name of the drug and describe the amount and time of each dosage. \_\_\_\_\_

12. 医師：咳はありますか？ → 咳の項目へ。

Doctor: Does he (she) cough? → Refer to the “Coughing” Section.

13. 医師：熱はありますか？ → 熱の項目へ。

Doctor: Does he (she) have a fever? → Refer to the “Fever” Section.

- ◎ 【小児喘息では、吸入療法（ベネトリンなど）や点滴療法（ネオフィリンなど）にて軽快しなければ入院適応となる。】

## 上記以外の症状 / SYMPTOMS OTHER THAN THE ABOVE

1. 医師：上記以外の症状はありますか？

Doctor: Does he (she) have any other symptom?

2. 母親：あります。          ありません。

Mother: Yes, he (she) does.          No, he (she) doesn't.

3. 医師：どんな症状ですか？

Doctor: What symptom?

4. 母親：母親に記入させる。

The doctor asks the mother to describe it in writing.

5. 医師：それは、いつからですか？

Doctor: Since when has he (she) had this symptom?

6. 母親：\_\_月 \_\_日の \_\_時からです。

Mother: Since \_\_ o'clock on \_\_ (month) \_\_ (day).

7. 医師：それは何回みられますか？

Doctor: How many times has the symptom occurred?

8. 母親：\_\_回です。

Mother: \_\_ times.

## 誤飲 / SWALLOWING SOMETHING ACCIDENTALLY

1. 医師：何を誤飲しましたか？

Doctor: What did he (she) swallow?

2. 母親：誤飲したものを記入させる。

The mother is asked to write down what the child swallowed.

3. 医師：どれくらいの量を誤飲しましたか？

Doctor: How much (many) did the child swallow? \_\_\_\_\_

4. 母親：量を記載させる。

The mother is asked to write down the amount the child swallowed.

5. 医師：何時何分に誤飲しましたか？

Doctor: What time did he (she) swallow it?

6. 母親：\_\_時\_\_分です。

Mother: At \_\_:\_\_(hour:minute).

7. 医師：嘔吐しましたか？ → 嘔吐の項目へ。

Doctor: Did he/she vomit? → Refer to the “Vomiting” Section.

- ◎ 【タバコの誤飲がほとんどで、念のため胃洗浄を行う。それ以外のもの誤飲で、その毒性・処置についてわからない場合には、筑波中毒110番（TEL：0298-52-9999）に問い合わせる。】

## 既往症・予防接種歴／ANAMNESIS/VACCINATION HISTORY

1. 医師：これまでに、かかったことのある病気に○印をつけて下さい。

Doctor: Please circle ○ any disease the child has contracted from among those listed below.

喘息／Asthma 喘息性気管支炎／Asthmatic bronchitis 気管支炎／Bronchitis 肺炎／Pneumonia 結核／Tuberculosis 熱性けいれん／Febrile convulsions てんかん／Epilepsy 虫垂炎／Appendicitis はしか／Measles ふうしん／Rubella みずぼうそう／Chicken pox おたふくかぜ／Mumps 百日咳／Whooping cough 突発性発疹症／Skin rash (roseola) その他：／Other: \_\_\_\_\_

2. 医師：以下の予防接種は、うけたことがありますか？

Doctor: Has he (she) had any of the vaccinations listed below?

母親に○印をつけさせる／The doctor has the mother circle ○ the particular disease(s). はしか／Measles ふうしん／Rubella みずぼうそう／Chicken pox おたふくかぜ／Mumps 3種混合ワクチン／Triple vaccine(DTP) 新3種混合ワクチン (MMR)／New triple vaccine (MMR) ポリオ／Poliomyelitis ツベルクリン／Tuberculin BCG／BCG

## 家族歴 / FAMILY HISTORY

1. 医師：家族（母親、父親、兄弟姉妹）でかかったことのある病気に○印をつけて下さい。  
 Doctor: Please circle ○ below any diseases that the child's immediate family members (mother, father, sister, brothers) have contracted.

	ぜんそく Asthma	はいえん Pneumonia	けっかく Tuberculosis	かんえん Hepatitis	とうりょうびょう Diabetes	てんかん Epilepsy	AIDS AIDS	その他 Others
ははおや 母親 Mother								
ちちおや 父親 Father								
きょうだいしまい 兄弟姉妹 Brothers Sisters								

その他： / Others: \_\_\_\_\_

## 分娩・出産歴 / HISTORY OF CHILDBIRTH

1. 医師：産まれた時の体重は？  
 Doctor: What was the child's weight at birth.
2. 母親： \_\_\_ g です。  
 Mother: It was \_\_\_ grams.
3. 医師：出産予定日より早く、または、遅く 生まれましたか？  
 Doctor: Was the child born earlier or later than the expected delivery date?
4. 母親： \_\_\_ 日早く生まれました。 予定日に 生まれました。 \_\_\_ 日遅く生まれました。  
 Mother: He (She) was born \_\_\_ days earlier. He (She) was born on the expected day.  
 He (She) was born \_\_\_ days later.

# 産婦人科 / OBSTETRICS & GYNECOLOGY

1. 今日、相談したいことは何ですか？ / What seems to be the trouble?

- ① 月経にかかわる異常についての相談 (不順・月経時の痛み・月経の量が多い)  
Problems with monthly periods (irregular periods, painful periods, heavy periods)
- ② 月経前症候群 (月経前の不調) についての相談  
Pre-menstrual tension (condition before start of monthly period)
- ③ 更年期についての相談 (更年期障害かどうか知りたい・治療法を知りたい・その他)  
Menopause (diagnosis of menopause・treatment for menopause・other)
- ④ 子宮筋腫の診察・相談 / Uterine myoma (fibroids) – Diagnosis and advice
- ⑤ 子宮内膜症の診察・相談 / Endometriosis – Diagnosis and advice
- ⑥ 子宮がん検診 / Test for cervical cancer (Pap smear)
- ⑦ 妊娠しているかどうか知りたい / I want to know whether or not I am pregnant
- ⑧ 妊娠検診を受けたい / I want a pregnancy test
- ⑨ 不妊症について相談したい / Infertility consultation
- ⑩ 性行為感染症について相談したい / Sexually transmitted diseases- consultation
- ⑪ 避妊について相談したい / Advice on contraception
- ⑫ 性生活について相談したい / Consultation about sex life
- ⑬ 以下の症状についての診察・相談 / Consultation about the following symptoms
  - a. 不正出血 / Irregular bleeding
  - b. おりものが多い / Heavy discharge
  - c. 外陰部のかゆみ・痛み / vulval itchiness・pain
  - d. 下腹部の痛み / lower abdominal pain
  - e. 腰の痛み / back pain
  - f. 尿が近い・排尿時の痛み・残尿感  
Frequent urination・Painful urination・Not fully emptying the bladder
  - g. のぼせ・イライラ・肩こり / agitation・irritability・stiff neck/shoulders
  - h. 疲れが激しい翌朝まで持ち越す / Exhaustion and feeling unrested after sleeping
  - i. 涙もろくなった・精神的に不安定だと感じている  
Feelings of depression・mental anxiety

2. あなたの月経についてお尋ねします。

I would like to ask you about your monthly periods

- ① 初潮は何歳でしたか？ / At what age did you start menstruating?
- ② 閉経していますか？ (はい・いいえ) / Have you stopped menstruating? (yes・no)
- ③ 最終月経 (一番最近の月経は) / When was your last monthly period
- ④ 月経周期は (順調・不順) (周期は ~ 日型)  
Are your periods (regular・irregular)? How long is the cycle? (between ~ days)
- ⑤ 通常月経は何日ぐらい続きますか？ ( ~ 日間くらい)

How long does each monthly period last? (about \_\_\_\_\_ days)

⑥ 月経の量は(多い・普通・少ない) / Are your periods (heavy・normal・light)?

⑦ 月経時に痛みはありますか? (はい(おなか・腰・頭痛)・いいえ)

Do you have menstrual cramps during your period? (yes (abdomen・back・head)・no)

⑧ 月経前の不調がありますか? (はい(倦怠感・イライラ・むくみ)・いいえ)

Do you suffer from pre-menstrual tension? (yes (lethargy・irritability・bloating)・no)

3. あなたのプライベートな事柄について、いくつかおたずねさせていただきます。

I would like to ask you a few private questions.

① 結婚・同居していますか? (はい・いいえ) / Are you married・cohabiting? (yes・no)

② 妊娠したことがありますか? (はい・いいえ) / Have you ever been pregnant? (yes・no)

分娩 \_\_\_\_\_回、自然流産 \_\_\_\_\_回、人工妊娠中絶 \_\_\_\_\_回  
experience of childbirth( )times、spontaneous abortion/miscarriage( )times、  
induced abortion( )times

4. あなたの健康状態全般についておたずねします。

I would like to ask you about your general state of health.

① 今までかかったことがある主な病気について

Please tell me if you have had any serious diseases

(病名 / \_\_\_\_\_ 時期 / \_\_\_\_\_ )

現在、服用している薬がありますか? (はい・いいえ)

Are you currently on any medication? (yes・no)

「はい」の場合わかれば薬品名を書いて下さい。

If 「yes」, please write down the name of the medicine.

② これまで手術を受けたことがありますか? (はい・いいえ)

Have you ever had surgery? (yes・no)

「はい」の場合、( ) 歳頃、( ) の手術

If 「yes」、at age ( )、surgery of the ( )

③ アレルギーはありますか? (はい・いいえ) / Do you have any allergies? (yes・no)

④ 輸血を受けたことがありますか? (はい・いいえ)

Have you ever had a blood transfusion? (yes・no)

⑤ たばこを吸いますか? (はい(1日 \_\_\_\_\_本くらい)・いいえ)

Do you smoke cigarettes? (yes (how many a day? \_\_\_\_\_a day)・no)

お酒を飲みますか? (はい・いいえ) / Do you drink alcohol? (yes・no)



5. 妊娠の場合 / If you are pregnant

**I 産前 / BEFORE DELIVERY**

- お腹が痛みますか？ (①はい ②いいえ) / Do you have pain in your abdomen? (①Yes ②No)
- 何分毎に痛みますか？\_\_分 / At how many minutes' intervals do you feel labor pains? \_\_minutes.
- 10分毎に痛み 出したのは何日の何時からですか？\_\_日 \_\_時  
Since what day and time did you feel pain at 10-minute intervals?  
Since \_\_o'clock on \_\_ (month) \_\_ (day).
- 出血はありましたか？ (①はい ②いいえ) / Did you have bleeding? (①Yes ②No)
- どの位の量ですか？ / How much bleeding was there?  
ナプキンに少しつく程度 / A little bleeding found on a menstrual napkin.  
ナプキンに 12程度 / Bleeding that covered about half of a menstrual napkin.  
ナプキンに全面 / Bleeding that covered all of a menstrual napkin.
- 出血の色は？ / What was the color of the bloody discharge?  
赤い / Red  
黒っぽい / Dark red
- 何時頃ですか？\_\_時\_\_分 / About what time did you have bleeding? \_\_: \_\_ (hour : minute)
- 破水していませんか？ (①はい ②いいえ) / Have your waters broken? (①Yes ②No)
- 破水している→何時頃ですか？\_\_時\_\_分 / If broken → What time did they break? \_\_: \_\_
- 診察 (内診) をします。 / Let me examine you (examine you internally).
- 浣腸をします。 / We will give you an enema
- 横向きに寝てください。 / Please lie down on your side.
- 便は出ましたか？ (①はい ②いいえ) / Did you have a bowel movement? (①Yes ②No).
- 食事は食べられますか？ (①はい ②いいえ) / Can you eat solid food? (①Yes ②No)
- お通じしたいような感じがありますか？ (①はい ②いいえ)  
Do you need to move your bowels? (①Yes ②No)
- 肛門を 押されるような感じがありますか？ (①はい ②いいえ)  
Do you feel pressure on your anus? (①Yes ②No)
- 子宮の入り口が10cm になったらお産になります。今は\_\_cm です。頑張りましょう。  
The baby will be born soon after the entrance to the uterus dilates to 10 cm. It's now \_\_cm. Hang in there!
- お小水がたまっているとお産の妨げになるので、管でお小水をとりましょう。  
We are going to insert a catheter to remove excess urine for a smooth birth.
- 分娩室に行きましょう。 / Its time to go to the delivery room.
- 赤ちゃんが苦しいので鼻から大きく息を吸ってください。  
Your baby is distressed. Take a deep breath through your nose.
- 酸素吸入をしますので鼻からできるだけ吸ってください。  
We will give you oxygen to inhale. Breathe in as much oxygen as possible through your nose.
- 点滴をします。 / We are going to insert a drip.
- 子宮の入口を風船のようなものを 入れて広げます。  
We will widen the entrance to your uterus by inserting something like a balloon.

- ・水はいりませんか？ (①はい ②いいえ) / Do you want a drink of water? (①Yes ②No)
- ・いきまないで下さい。 / Don't bear down. / Don't push.
- ・いきんで！ / Bear down. / Push!
- ・声を出さないようにしましょう。 / Try not to cry out.
- ・お腹がはってきたら深呼吸を 2回して、3回目で大きく吸ってそのまま止めて、目を開けておへソを見るようにいきむ。

When you feel a contraction, take 2 or 3 deep breaths, then hold your breath and push hard with your eyes open looking at your navel.

- ・トイレに歩きましょう。 / Let's go to the toilet.
- ・深呼吸をしましょう。 / Let's do some deep breathing.
- ・背中から麻酔をして痛みを和らげます。

We are going to give you an epidural to relieve the pain.

- ・動かないで下さい。 / Don't move.
- ・おめでとう！ / Congratulations.
- ・元気な男の子です。 / It's a healthy boy.
- ・元気な女の子です。 / It's a healthy girl.
- ・診療をして創口を縫います。 / We will examine you and stitch up the wound.
- ・気分は悪いですか？ (①はい ②いいえ) / Do you feel sick? (①Yes ②No)
- ・歩けるのは 8時間後です。それまでは勝手に歩いてはいけません。看護婦がきますのでそれまでに気分が悪くなったり排尿したくなったら、ブザーを押して下さい。

You can start walking in about 8 hours. Please don't walk around before then. If you feel sick or feel like urinating while in bed, please push the buzzer to call a nurse.

- ・おしりを上げて下さい。 / Please raise your bottom.
- ・消毒をします。 / We are going to disinfect the area.
- ・ナプキンを交換します。 / We will change your napkin.
- ・部屋に戻ります。 / We will take you back to your room.
- ・血圧を測ります。 / We will monitor your blood pressure.

## II 産後 / AFTER DELIVERY

- ・傷は痛くないですか？ (①はい ②いいえ) / Is your wound painful? (①Yes ②No)
- ・痛くて我慢が出来ない時は、薬 (座薬) を使うことも出来ますので 言って下さい。

Please ask us to give you a medication (suppository) if it is too painful.

(①座薬を下さい。②その必要がありません。) / (①Give me a suppository. ②It's not necessary.)

- ・オロが 出ていますか？ / Do you have lochia?
- ・熱を計って下さい。 / Please take your temperature.
- ・昨日の便の回数は何回ですか？ \_\_\_回

How many bowel movements did you have yesterday. \_\_\_ times.

- ・尿の回数は何回ですか？ \_\_\_回 / How many times did you urinate? \_\_\_ times.
- ・オッパイははっていますか？ (①はい ②いいえ) / Are your breasts engorged? (①Yes ②No)
- ・オッパイをみせて下さい。 / Please show me your breasts.

食事の時間は 7:00、12:00、18:00 です。放送があったら、歩けるようなら自分で 取りに 行って下さい。(自分の名前の 書いてあるトレーを 持って行く)

Meal times are 7:00 a.m., 12:00 noon and 6:00 p.m. a meal announcement is made, please get your meal by yourself if you can walk. (Take a tray with your name on it.)

## III 授乳指導 / GUIDANCE ON BREAST-FEEDING

### 1. 授乳することにより / Reasons to breastfeed!

- (1) 乳汁分泌を促進する。 / Promotion of milk production.
- (2) 子宮復古の促進とオロの排泄を促す。

Facilitates contraction of the uterus and discharge of lochia.

- (3) お母さんは幸福感を味わい、精神的に満足します。

A mother can feel happy and satisfied.

- (4) 赤ちゃんは胸に抱かれることにより、愛情を感じ、安心し、母性愛をより多く受ける。将来の人格形成、精神発達にも影響を与える。

Embraced by the mother, the baby will feel safe and cared for with maternal love.

Breast-feeding will also influence the baby's future personality and mental growth.

### 2. 準備 / Preparations

- (1) 爪を短くしておく。 / Trim your nails.
- (2) 髪が長い場合はピンで止めるか束ねる。 / Pin long hair up or tie it back.
- (3) 石の入った指輪と時計ははずす。 / Take off any jeweled ring or wristwatch.

3. 授乳時間は3～4時間毎に、1日7回行います。授乳室での時間は、6:00、9:30、12:30、15:30、18:30、21:30。

Breast-feeding occurs seven time a day at intervals of 3 to 4 hours. Nursing times in the nursing room are 6:00 and 9:30 a.m. and 12:30, 3:30, 6:30 and 9:30 p.m.

9:30の授乳は回診が終わってから来て下さい。

Please come to the nursing room for the 9:30 a.m. nursing after the doctor has visited you.

#### 4. 手順／Procedure

- ① 授乳室のドアにカギがかかっている時は、ノックをする。  
Knock on the door of the nursing room if it is locked.
- ② 授乳室入口の右手にある赤いサンダルにはきかえる。  
Change into red sandals by the entrance to the nursing room.
- ③ 石鹸で手を洗う。／Wash your hands with soap.
- ④ イスに座る。／Take a seat.
- ⑤ 清浄綿を2つに分け、乳頭から乳輪部にかけて拭く。  
Divide a piece of sterilized cotton into two and clean the breast from the nipple to the areola.
- ⑥ 名前を言って赤ちゃんを受け取り、足の標識をみて、自分の赤ちゃんであることを確認して下さい。  
Give the nurse your name to receive your baby. Confirm that the baby is yours by looking at the name tag attached to the baby's leg.
- ⑦ 肘にタオルを置き、その上に赤ちゃんの頭をのせる。  
Place a towel on your forearm and place the baby's head on it.  
内側になった赤ちゃんの手は自分の脇の下に入れる。  
Put the baby's hand into your armpit.  
赤ちゃんのおなかと自分のおなかに向き合うようにする。(肘に赤ちゃんの頭がきて、手の平にお尻がくる様に抱く。)  
Hold the baby so that its belly faces yours. (Hold the baby in a position with its head placed on your forearm and its bottom on the palm of your other hand.)
- ⑧ 乳頭を赤ちゃんの舌の上のせ、乳輪部までしっかり口に含ませ吸わせる。  
Put the nipple on the baby's tongue then have the baby nurse with the whole areola in its mouth.
- ⑨ 片方5分ずつ吸わせる。／Feed the baby for five minutes at each breast.
- ⑩ 赤ちゃんが眠っている時は足のうらを刺激して起こす。  
If the baby is asleep, wake it up by stroking the sole of its foot.
- ⑪ 授乳が終わったら5%糖水を哺乳ビンで飲ませる。  
Give the baby a bottle of 5% sugar water after breast feeding.
- ⑫ 赤ちゃんを立てる様に抱いて背中を軽く叩くか、さすってゲップをさせる。  
Hold the baby upright, then lightly pat or rub its back to make it burp.
- ⑬ サンダルを片付ける。  
Return the baby to the nurse and step out of the red sandals as you leave the nursing room.

## IV 保育指導／GUIDANCE ON BABY CARE

授乳にも大分慣れたようですから、今度は、赤ちゃんに慣れ母乳をたくさん出すために、今日は昼間だけ、明日からは一日中、赤ちゃんと一緒のお部屋になります。

不安なことやわからないことがあると思いますが、その都度看護婦におたずね下さい。疲れた時、眠れない時はいつでも、ベビー室で赤ちゃんをお預かりしますので、無理をせず楽しく保育いたしましょう。

You seem to be accustomed to feeding. You will spend the day with your baby today, and then spend the night and day starting tomorrow, to get more familiar with the baby and to encourage the production of breastmilk.

Please consult a nurse if you have questions or worries. We are on duty to take care of your baby in the nursery whenever you feel tired or sleepless. So please relax and enjoy taking care of your baby without overdoing it.

### 1. 授乳について／Breast-feeding

#### ① 時間／Feeding times

- (1) 哺乳記録用紙に哺乳時間が書いてありますが、あくまでも目安です。基本的には赤ちゃんが泣いたら授乳します。(4時間以上間隔があくときには、オムツをかえるなどして、起こして授乳します。)

While feeding times are indicated on the feeding record form, they are just average criteria. Basically, feed the baby whenever it begins to cry.(If the interval between feeding times is over 4 hours, though, wake the baby up for feeding by changing diapers, for example.)

- (2) 吸わせる時間は、今までは左右5分ずつでしたが、母乳分泌に合わせて長くしてよいです(30分位まで)。

Until now, feeding time has been 5 minutes each for the left and right breasts, but you may now prolong the feeding time in line with your milk production for as long as 30 minutes.

#### ② 哺乳量測定／Measurement of amount of milk consumed.

- (1) オムツ交換後、廊下の体重計に“ゼロ”を確認してから、赤ちゃんをのせる。メモリーランプのついたときの数字をメモします。

After changing diapers and confirming the indicator of the weighing meter at zero, put your baby on the scale. Then jot down the figure you see when the memory lamp lights up.

- (2) 授乳後に再度体重をはかり、引き算します。その後、母乳だけでは足りなければ、糖水やミルクを与え、最後にオムツをみます。

Weigh the baby again after feeding, and subtract the pre-feeding weight from the after-feeding weight. If you find that your breast milk alone is insufficient, give the baby some sugar water or formula and then examine the diaper.

#### ③ 糖水、ミルクの追加／Sugar water and/or artificial milk supplement

- (1) 母乳の量に合わせ、足りない分は、生後3日目までは、糖水生後4日目からは、ミルクで補います。詳しくは看護婦にお尋ね下さい。

If there is a shortage of breast milk, supplement with sugar water for the first 3 days birth and with formula from Day 4. For details, please ask a nurse.

## 2. オムツ交換について／Changing diapers

- ① 授乳の前後にオムツをみ、汚れていたら交換します。

Examine the diaper before and after feeding. Change it if wet.

- ② あて方は、オムツカバーからはみ出さないように、前は、おへそにかからないよう折りかえし、カバーはゆるやかにとめる。

To put on a diaper, take care that it will not bulge out of the cover by turning the upper front part down below the navel and then set the cover on it loosely.

- ③ 便をしたときには、おしりをお湯で拭く(ガーゼのハンカチ一枚をおしり拭き用にし、小洗面器に湯をくむ。湯は沐浴室の流しを使用。使用後も同所に流してよい)

If the diaper is soiled, clean the baby with warm water. (Use a gauze handkerchief for this purpose, and draw the water in a small washbowl. Use the sink in the bath room to draw the warm water. You can also drain the water after use in the same sink).

## 3. 衣類・寝具の取り扱い方／How to handle clothes and bedclothes.

- ① オムツは\_\_\_\_\_にあります。／The diapers are stored in\_\_\_\_\_.
- ② 汚れ物は\_\_\_\_\_へ入れて下さい。／Please put soiled clothing into\_\_\_\_\_.

オムツ	Diaper
オムツカバー	Diaper cover
寝具類	Bedclothes
着物	Robe
ナースステーション	Nurse station
廊下	Corridor
ベビー室	Babies' room
倉庫	Storage room

## 4. その他／Other

- ① 赤ちゃんがお乳を嘔吐したり、口唇、手足が紫色になったり、何かおかしいなど思ったときには、看護婦にすぐ教えて下さい。

Please report immediately to the nurse if your baby vomits milk, its lips or limbs turn purple, or if something else unusual occurs.

- ② 本日からシャワーができます。／You can take a shower from today.

- ③ 母子健康手帳と出生証明書を\_\_\_\_\_でお渡しします。

Please collect your Mother and Child Healthbook and the Birth Certificate at\_\_\_\_\_.

## V 退院後の日常生活について / DAILY LIFE AFTER LEAVING THE HOSPITAL

- ① 退院1週間は、食事の時と赤ちゃんの世話以外は就床して下さい。その後は、寝たり起きたりしながら少しずつ就床時間を短くし、特に身体の悪い方以外は3週間の終わり頃に妊娠前の生活にもどりましょう。

For at least one week after leaving the hospital, you should stay in bed except at mealtimes and when taking care of your baby. After that, gradually reduce time in bed to return to ordinary life. Except for those new mothers in poor health, mothers who are ordinarily healthy are advised to return to an ordinary lifestyle, as before pregnancy, by the end of three weeks or so.

- ② 外出は分娩後1ヶ月位経ってからにいたしましょう。人混みの所をさけるようにし、短時間の外出から徐々ににらしましょう。

Refrain from outdoor activities within one month or so after delivery. When you do resume outdoor activities, begin with brief outings and try to avoid crowds.

- ③ 入浴は、悪露の状態に異常がなければ産後2週間経てからにして下さい。最初の入浴は長湯や熱い湯はさけて下さい。

If your lochia is not abnormal in any way, start hot-water bathing 2 weeks after delivery. As first, however, don't take long baths or bathe in very hot water.

- ④ 美容院へ行かれる時は、カットだけでしたら産後1ヶ月経てから、パーマの場合は2ヶ月以後にいたしましょう。

You can visit a beauty salon one month after delivery for hair-cutting only. Avoid a perm until 2 months or more after delivery.

- ⑤ 悪露について / Lochia

入院中使っていたスポイトは必要ありません。あとは月経時の手当と同様です。大きな血のかたまりが出た時や血が流れるように出て止まらない時など異常のある場合は、受診（必要時、TEL）してください。

You no longer need the syringe that you used while in the hospital. The only personal care you need is much the same as that during menstruation. If you notice any abnormalities, such as blood clots or unrelieved bleeding, please come to the hospital for a consultation. (Call in advance if necessary)

- ⑥ 家族計画について / Family planning

家族計画とは、夫婦が相談して子供を何人、どの位の間隔をおいて、いつ産むかというのを計画することです。

産後の身体が充分回復し、次の妊娠に可能な体力になる迄休養してから、次のお産を計画するとよいといわれています。

健康な婦人は産後、受胎調節していないと、月経がないまま妊娠することも少なくありません。そこで最初から必ず受胎調節をいたしましょう。基礎体温は受胎調節にも妊娠の計画にも役立ちますので是非計っておかれますようにおすすめ致します。

Family planning means a plan made by a married couple on the basis of how many children they want, at what intervals, and when they would like to have children born.

It is generally advisable that they plan the next childbirth after the mother has fully recovered from a previous delivery and is rested enough to prepare for the next pregnancy. It is not unusual for a healthy woman, using no contraception, to get pregnant without having resumed her periods.

Therefore, birth control, immediately after delivery, is firmly recommended.

A woman is urged to monitor her basal body temperature as it is useful for both birth control and pregnancy planning.

■ **退院後の赤ちゃんについて / AFTER AN INFANT LEAVES THE HOSPITAL**

退院後の赤ちゃんの健康診断と予防接種を受けることが必要です。保健所や市町村で行っています。退院する時に看護婦に確認して下さい。

After leaving the hospital, the infant needs regular health checks and vaccinations. Any such health care is provided free of charge at local public health centers and municipal offices. Please confirm the details with a nurse before you leave the hospital.



# 耳鼻科 / EAR, NOSE & THROAT

1. 具合の悪い箇所にその症状を次の項より選んで○をつけて下さい。

Please select and circle ○ any appropriate symptom(s) from those listed below according to the ear, nose and/or throat malady that troubles you.

(1) ハナ / Nose

- ① 鼻閉 / Nasal obstruction ② 鼻漏 / Nasal discharge ③ くしゃみ / Sneeze ④ 鼻痛 / Noseache ⑤ 鼻出血 / Nasal bleeding ⑥ 臭覚障害 / Obstructed sense of smell ⑦ その他 / Other

(2) ミミ / Ear

- ① 耳痛 / Earache ② 難聴 / Hearing loss ③ 耳閉感 / Ear feels obstructed ④ めまい / Dizziness ⑤ 耳漏 / Ear inflammation with discharge ⑥ 耳鳴 / Ringing in the ear ⑦ 悪心 / Nausea ⑧ 嘔吐 / Vomiting ⑨ その他 / Other

(3) ノド / Throat

- ① 痛み / Pain ② せき / Coughing ③ 痰 / Phlegm ④ 嗄声 / Hoarse voice ⑤ 異和感 / Throat feels irritated ⑥ その他 / Other

2. 1の具合の悪いのはいつ頃からですか? / Since when have you had the symptom?

- ① 2~3日前より / since 2 to 3 days ago  
② 1週間前より / since 1 week ago  
③ 1月前より / since 1 month ago  
④ それ以上前より / since more than a month ago

3. 熱はありますか? / Do you have a fever

- ① ある / Yes  
② 平熱 / Temperature is normal

4. 今までに今回の症状に対し、治療を受けていますか?

Have you had any medical treatment for this symptom before?

- ① ある / Yes  
② ない / No

5. 以上の症状に該当しない人は、下記の症状を参考に当たれば○をつけて下さい。

If your symptom doesn't correspond to any of the above symptoms, please refer to the symptoms below and circle ○ for any appropriate symptom.

- ① 異物を飲み込んだ。 / Swallowing foreign object.  
② 頸部腫脹がある。 / Neck swelling.  
③ 呼吸困難がある。 / Breathing is difficult.  
④ 頭痛がする。 / Headache  
⑤ 血痰がある。 / Bloody phlegm  
⑥ 嚥下困難がある。 / Difficult to swallow  
⑦ 眼球突出がある。 / Bulging eyeball

⑧ その他／Other

6. 今回次のような検査を行います。

This time we will conduct the following examinations(s).

あなたに行う検査で該当するものに○をつけます。

We will circle ○ the examinations(s) you need.

①X-R/X-ray examination ②採血／Blood test ③採尿／Urine test ④聴力検査／  
Audiometry ⑤前庭検査／Vestibule test ⑥臭覚検査／Odor perception test ⑦鼻アレ  
ルギー検査／Nasal allergy test

7. 治療について次のような事を行います。

For your treatment, we can provide one or more remedies as follows.

あなたに行う治療について○をつけます。／We will circle ○ them for you.

① 投薬／Medication

- 1) 内服剤／Internal medicine
- 2) 点耳薬／Ear drops
- 3) 点鼻薬／Nose drops
- 4) 軟膏／Ointment

② 注射／Injection

- 1) 筋肉注射／Intramuscular
- 2) 静脈注射／Intravenous
- 3) 点滴注射／Instillation

③ ネブライザー／Nebulizer

- 1) のど／Throat
- 2) ハナ／Nose

④ 鼓膜切開をして排膿します。／We will incise the eardrum to drain the pus.

⑤ 鼓膜窄 刺して中耳内の貯留液を吸引します。

We will insert a pin in the eardrum and extract the liquid accumulated in the middle ear.

⑥ 膿疱を切開して排膿します。／We will incise the pustule to drain the pus.

⑦ ガーゼタンポンを鼻内に挿入して、出血を止めます。

We will stop the bleeding by inserting a gauze tampon into the nose.

⑧ 外来では処置できないので、入院が必要と思われます。

It seems you need to be hospitalized since we can't treat you in the outpatient department.

# 眼科／OPHTHALMOLOGY

1. 本日はどうなさいましたか？／What's the matter today?

① どちらの眼ですか？／Which eye?

右／Right 左／Left 両眼／Both eyes

② どういう症状ですか？／What kind of symptom do you have?

めやに／Eye discharge 充血／Bloodshot eye まぶたのできもの／Eyelid spot

かゆい／Itchiness 痛みがある／Pain 見にくい／Can't see well

(a.遠くが／At a distance b.近くが／Close up c.どちらも／Both) ゆがんで見える／

Distorted vision ほやける／Blurred vision

メガネをつくりたい／May need eyeglasses 疲れ眼／Eyestrain

黒い物がとんでみえる／Black spots in front of my eyes その他／Other

③ いつからですか？／Since when have you had the symptom?

\_\_\_年 \_\_\_月 \_\_\_日 ころ／Since around \_\_\_(month) \_\_\_(day) \_\_\_(year).

④ 当院にくる前にかかった病院がありますか？ (①はい ②いいえ)

Have you consulted any other hospital before coming here? (①Yes ②No)

2. 今までの大きな病気やけがについて教えてください。

Please tell us about any serious diseases or injuries you have had in the past.

① 高血圧を指摘されたことがありますか？

Have you ever been told by a doctor that you have had high blood pressure in the past?

ある・ない(治療の有無 ①有 ②無)／Yes・No (Treatment①received ②not received)

② 糖尿病を指摘されたことがありますか？

Have you ever been told by a doctor that you have diabetes?

ある・ない(治療の有無 ①有 ②無)／Yes・No (Treatment①received ②not received)

③ その他／Other

病名 病名 薬の有無

Disease Name Since When Hospital name Medication Yes/No

\_\_\_年 \_\_\_月 / \_\_\_Year \_\_\_Month

\_\_\_年 \_\_\_月 / \_\_\_Year \_\_\_Month

3. 手術をうけたことがありますか？／Have you had any operations before?

ある(病名\_\_\_) ・ ない／Yes (Name of disease\_\_\_) ・ No

4. 薬や食べ物にかぶれたこと(アレルギー)はありますか？(①ある ②ない)

Have you had an allergic rash caused by food or medical drugs? (①Yes ②No)

5. 現在妊娠している、または妊娠の可能性はありますか？(①ある ②ない)

Are you pregnant or likely to be pregnant now? (①Yes ②No)

# 皮膚科／DERMATOLOGY

あてはまることに印をつけ、記入して窓口にお出し下さい。

Please mark appropriate items and make necessary entries, then present the form to the receptionist.

記入しないときは、ない あるいは いない、いいえ とさせていただきます。

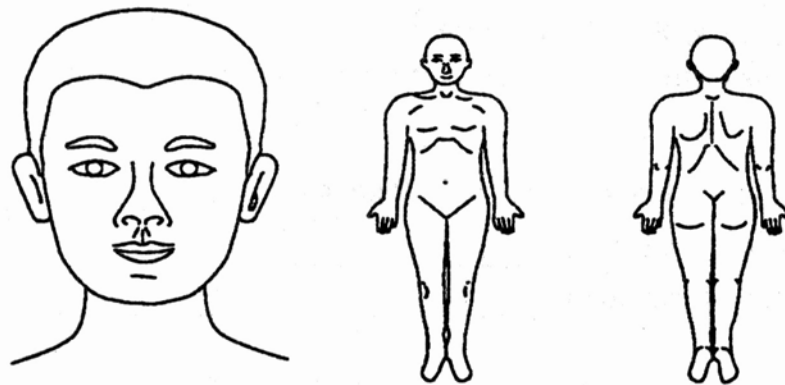
If there are any items left unmarked, we will consider them as meaning nothing or no.

1. 体のどこが、どの様に具合が悪いのですか？

Which part of your body is giving you trouble? What kind of trouble?

具体的に書いて下さい。／Please describe it in concrete terms.

また下図に線で示して下さい。／Also indicate it with a line in the illustrations below.



①かゆみ／Itchiness (a.ある／Itchy b.ない／Not itchy)

②痛み／Pain (a.ある／Painful b.ない／Not painful)

③(全身の熱)／Fever (whole body) (a.ある／Feverish b.ない／Not feverish)

2. いつからですか？ \_\_\_月 \_\_\_日 または \_\_\_日前から

Since when? Since \_\_\_\_\_ (month) \_\_\_\_\_ (day), or \_\_\_\_\_ ago.

3. どの様な治療をしていましたか？／What kind of treatment have you received?

無治療／None

売薬で／Over-the-counter drug → その薬の名前は／Name of the drug \_\_\_\_\_

他の医者で／At other hospital → 病院名／Name of hospital \_\_\_\_\_

病名／Name of disease \_\_\_\_\_

薬の名前／Name of medicine \_\_\_\_\_

4. それでよくなりましたか？／Did you get well with that treatment?

良よくなった／Yes, I did.

すこしよよくなった／I got a little better.

変かわらない／No change

悪わるくなった／I got worse.

5. 今までに特に大きな病びょう気きをしたことがありますか？／Have you had any serious diseases before?

① ない／No

② ある／ Yes

6. 家か族ぞく 友ゆう人じんに同おなじ症しょう状じょうのひとがいましたか？ (①いる ②いない)

Is there anyone who has the same symptom(s) among your family members and friends?

(①Yes ②No)

7. 今までに注ちゅう射しゃやくすりお薬くすりによるアレルギあーはありましたか？

Have you ever been allergic to an injection or medication?

① ない／No

② ある／Yes → 薬くすりの名な前まえ／name of medicine\_\_\_\_\_

それそれでどどうのよう様ようになりなりましたか？／what happened?\_\_\_\_\_

8. 現げん在ざい他ほかの科かで注ちゅう射しゃをくすりしたり、お薬くすりをもらっていますか？

Are you now receiving injections or medications at another medical department?

① ない／No

② いる／Yes → 内ない科か／Internal medicine ・小しょう児に科か／Pediatrics\_\_\_\_\_

病びょう名めい／Name of disease\_\_\_\_\_

治ちりょう療ほう法ほう／Type of treatment\_\_\_\_\_

9. 妊にん娠しん中ちゅうですか、あるいはにん娠しんするよてい予よ定ていはありますか？ (①はい ②いいえ)

Are you pregnant now or do you have any immediate plan to get pregnant? (①Yes ②No)

10. 検けん査さ及および治ちりょう療ほうを希き望ぼうしなひとい人は右みぎの○に×として下ください。→ ○

If you don't want to receive tests or treatment, mark X on the circle ○ on the right.→○

# 泌尿器科／UROLOGY

- 薬くすりにアレルギーがありますか？ (①はい ②いいえ)  
Are you allergic to medication? (①Yes ②No)
- 症状しょうじょうはどんなですか？／What is your symptom(s)?
  - 血尿けつしょうがありますか？ (①はい ②いいえ)  
Do you have bloody urine? (①Yes ②No)
  - 排尿痛はいしょうつうがありますか？ (①はい ②いいえ)  
Is urination painful? (①Yes ②No)
  - 残尿感ざんにょうかんがありますか？ (①はい ②いいえ)  
Does urine stay in your bladder? (①Yes ②No)
  - 膿うみがでますか？ (①はい ②いいえ)  
Is there pus in the urine? (①Yes ②No)
  - 尿しょうの回数かいすうは1日何回にちなんかいですか？ \_\_\_回かいです。  
How often do you urinate? \_\_\_times a day.
  - 熱ねつはありますか？ (①はい ②いいえ)  
Do you have a fever? (①Yes ②No)
  - 側腹部そくふくぶの激しい痛みはげしいいたがありますか？ (①はい ②いいえ)  
Is there sharp pain in your side? (①Yes ②No)
- いままでにどんな病気びょうきをしたことがありますか？  
What kinds of disease have you had in the past?  
腎尿管結石じんしょうかんけつせき／kidney or urinary tract stone、性病せいびょう／STD (sexually transmitted disease)、  
腎盂腎炎じんろうじんえん／pyelonephritis、膀胱炎ぼうこうえん／cystitis、前立腺炎ぜんりつせんえん／prostatitis
- 今いままでに手術しゅじゆつを受けたことがありますか？  
Have you had any major operations before?  
何なんの手術しゅじゆつ \_\_\_\_\_／If so, what operation(s)? \_\_\_\_\_
- 家族かぞくで大きな病気びょうきをした人ひとがいますか？  
Is there any member of your family who has had a serious disease before?  
どんな病気びょうき \_\_\_\_\_／If so, which disease? \_\_\_\_\_
- 子供こどもは何人なんにんいますか？／How many children do you have? \_\_\_人にん／\_\_\_children.
- 今いま、あなたあなたは妊娠にんしんしていますか？あるいは、可能性かのうせいがありますか？ (①はい ②いいえ)  
Are you pregnant or likely to be pregnant now? (①Yes ②No)

# 問診票 / PATIENT INFORMATION

## ■ 診察を受けるにあたって必要な事項です。ご記入下さい。

The following information is necessary before we can treat you. Please fill in completely)

国籍 / Nationality \_\_\_\_\_

氏名 / Name \_\_\_\_\_ 性別 / Sex  男 / Male ·  女 / Female

生年月日 / Date of birth \_\_\_\_\_

住所 / Address 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 / Telephone number \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## ■ 治療に先だて / Prior to treatment

☆ 保険証をお持ちですか?  はい  いいえ

Do you have dental insurance? Yes No

☆ 治療費概算を予め聞いておきたいですか?  はい  いいえ

Would you like to have a rough estimate of the cost of your treatment prior to being treated? Yes No

☆ 通院期間の制限はありますか?  はい  いいえ

Can you visit the clinic only a limited number of times? Yes No

## ■ あなたが来院された理由について / Primary reason for your visit today

☆ どうしましたか? / What's wrong?

歯が痛い  歯が折れた  歯ぐきが腫れている

I have a toothache. I broke a tooth. My gums are swollen.

ムシ歯の穴をつめて欲しい  歯を抜いて欲しい

I want to have a cavity filled. I want to have a tooth extracted(pulled).

痛みだけとって欲しい  義歯をつくって欲しい

I want only treatment for pain. I want to have a partial plate denture (a denture) made.

☆ それは、どの歯ですか? / Which tooth is it?

上の右の奥歯  上の前歯

Upper right molar (back tooth) Upper incisor(front tooth)

上の左の奥歯  下の右の奥歯

Upper left molar (back tooth) Lower right molar (back tooth)

下の前歯  下の左の奥歯

Lower incisor (front tooth) Lower left molar (back tooth)

☆ どのような痛みですか? / What sort of pain is it?

ズキズキ痛む  少し痛む  痛みはない

It's a throbbing pain. It hurts just a little It doesn't hurt.

☆ どのような時に痛みますか？／When does it hurt?

- ずっと痛い                       時々痛い                       咬むと痛い  
It hurts constantly.                      I hurts on and off.                      It hurts when I chew
- 熱いものを食べると痛い                       冷たいものを食べると痛い  
It hurts when I eat something hot.                      It hurts when I eat something cold.

■ あなたの全身状態について／Explanation of treatment

☆ アレルギーはありますか？     はい     いいえ  
Are you allergic to any medications or substances?    Yes    No

☆ 以下の病気にかかったことがありますか？

Have you had any of the following disease? (Check all boxes that apply).

- 肝臓病                       腎臓病                       高血圧病                       糖尿病  
Liver disease                      Kidney disease                      High blood pressure                      Diabetes
- 梅毒                       エイズ                       心臓病                       その他  
Syphilis                      AIDS                      Heart problem                      disease

☆ その病気は治りましたか？     はい     いいえ  
Has this disease been cured?                      Yes                      No

☆ 妊娠していますか？     はい     いいえ

Are you pregnant?                      Yes                      No

出産予定日／（ ）月／（ ）日／Expected date of delivery    Month\_\_Day\_\_

☆ 今まで麻酔をして歯の治療をしたり、歯を抜いたことがありますか？

Have you ever been given anesthesia and had dental treatment or a tooth extracted (pulled)?

- はい                       いいえ  
Yes                      No



☆ その際、次のようなことがありましたか？／If so, did any of the following occur?

- 貧血を起こした。／Attack of acute anemia.
- 血が止まらなかった。／Difficulty stopping the bleeding.
- 特に問題は生じなかった。／No particular problems.

■ 治療に対する希望／Your preferences for treatment

- 費用が少ない方法がよい／I prefer inexpensive treatment.
- 通院回数は少ない程よい／I prefer treatment in as few visits as possible.
- 歯を抜かないで済めば、その方がよい

I prefer not to have teeth extracted unless it is absolutely necessary.

- 悪い歯は全て治したい／I want to have all my bad teeth repaired.
- 特になし／I have no particular preferences.

■ 患者の誘導、患者への指示／Instructions for patient

- ・ こちらへどうぞ。／Please come this way.
- ・ ここにおかけ下さい。／Please sit here.
- ・ 少しお待ち下さい。／Please wait for a few minutes.
- ・ 口をゆすいで下さい。／Please rinse out your mouth.
- ・ 口を開けて下さい。／Please open your mouth.
- ・ 咬んで下さい。／Please put your teeth together naturally.
- ・ 口をとじて下さい。／Please close your mouth.
- ・ 痛みを感じたら左手を上げて下さい。／If you feel pain, please raise your left hand.

■ 診察治療の説明／Explanation of Treatment

☆ あなたは、これを承諾しますか？ □はい □いいえ／Do you consent to this? Yes No

- ・ レントゲンをとります。／I'm going to take some x-rays.
- ・ 歯を削ります。／I'm going to drill the tooth.
- ・ ムシ歯につめ物をします。／I'm going to put a filling into the cavity.
- ・ 神経（歯髄）をとります。

I'm going to have to remove the nerve(pulp) of the tooth.

- ・ 歯を抜きます。／The tooth needs to be extracted (pulled).
- ・ 切開して膿を抜きます。／I'm going to make an incision and drain the pus.
- ・ 歯石をとります。／I'm going to remove the tartar from your teeth.
- ・ 冠を被せます。／The tooth needs to have a crown.
- ・ 義歯をつくります。／I'm going to make a partial plate denture(a denture) for you.

## ■ 治療及び処置／Treatment

- ・ 痛くないように麻酔します。  
I'm going to anesthetize the area, so that it won't hurt.
- ・ まだ痛みますか？／Does it still hurt?
- ・ 今から 歯を 抜きます。／I'm going to pull the tooth now.
- ・ 歯を削ります。／I'm going to start drilling now.
- ・ 切開して膿を 抜きます。／I'm going to make an incision and drain the pus.
- ・ この薬を指示した部位に塗布して下さい。  
Please apply this medicine to the place I have indicated.

## ■ 補綴／Prosthesis

- ・ 義歯をつくります。  
I'm going to make a partial plate denture (a denture) for you.
- ・ 今日は型をとります。  
Today, I'm going to make a mold of your tooth (teeth).
- ・ 次回、噛み 合わせをとります。  
On your next visit, I'm going to make a mold of your bite.
- ・ 義歯があたって、どこか痛みますか？  
Now that your false tooth is in place, when you bring your teeth together naturally, where does it hurt?
- ・ 噛み 合わせの高いところがありますか？  
Do you feel any high spots that prevent your teeth from coming together like they normally do?

## ■ 治療終了／After completion of treatment

- ・ 今日の治療は終了です。  
Today's treatment is finished.
- ・ 受付で次回の予約をとって下さい。  
Please make an appointment for you next visit at the front desk.
- ・ 今日で治療は全て終了しました。  
Your treatment was completed today.

## ■ 受付／Reception

- ・ 今日のあなたの治療費は \_\_\_ 円です。／The cost of your treatment today is \_\_\_ yen.
- ・ 次回の予約は \_\_\_ 月 \_\_\_ 日 \_\_\_ 時ですが来院できますか？  
Can you come for your next appointment on this date? Month \_\_\_ Day \_\_\_ Time \_\_\_
- ・ あと \_\_\_ 回程、通院して下さい。  
You will need to come back \_\_\_ more time(s).
- ・ この薬は痛み 止めです。痛い時に \_\_\_ 粒ずつ 飲んで下さい。  
This medicine is a painkiller. In the event of pain, take \_\_\_ pill(s).
- ・ この薬は抗生剤です。 \_\_\_ 時間毎に 飲んで下さい。  
This medicine is an antibiotic. Take it every \_\_\_ hours.

- ・ この処方箋を薬局に持って行き、薬を購入して指示に従って服用して下さい。

Take this prescription to a pharmacy, buy the medicine, and take it as directed.

※抜歯の際は、「抜歯後の注意事項」を手渡す。

For a tooth extraction, we will hand you the “instructions after tooth extraction” sheet.

☆ 抜歯後注意事項 / Instruction for Patients Following Tooth Extraction

1. 今日は歯を抜きました。20分程ガーゼを噛んで下さい。  
You have had a tooth extracted (pulled) today. Bite on this gauze for about 20 minutes.
2. 今日1日は口を強くゆすがないで下さい。  
Do not rinse your mouth until tomorrow morning.
3. 入浴、お酒は今日は避けて下さい。  
Do not take a bath or drink alcohol until tomorrow.
4. 帰宅してから血がとまりにくい場合にはガーゼ・ティッシュなどを20分ぐらい噛んで下さい。  
If your mouth is still bleeding after you return home, bite on a thickly folded piece of gauze or tissue for about 20 minutes.
5. 薬が出た場合には指示通りに服用して下さい。  
If you were given some medicine, be sure to take it as directed.
6. 薬を飲んで湿疹ができたり、気分が悪くなったら飲むのを中止して下さい。  
If you develop eczema (skin rash) or feel unwell after taking the medicine, stop taking it.
7. 唇のまわりは麻酔がきいています。ものを食べる時は噛まないよう気をつけて下さい。  
Your mouth and lips are still numb from the anesthetic, so be careful not to bite your tongue or cheek if you eat something before the numbness wears off.
8. 明日は消毒のために来院して下さい。  
Return to the clinic tomorrow to have the extraction site disinfected.
9. 特に異常があれば、すぐにご来院下さい。  
If you develop a serious problem related to your extraction, return to the clinic immediately.

外国語医科診療マニュアル・外国語歯科診療マニュアル

2001年10月改訂

発行 神奈川県県民部国際課

〒231-8588 横浜市中区日本大通り1

TEL: 045 (210) 1111 内線: 3748~3750

Foreign Language Medical Treatment Manual・Foreign Language Dental Treatment Manual  
Revised October 2001

Produced by International Division, Foreign Affairs Department, Kanagawa Prefectural  
Government

〒231-8588 1, Odori, Naka-ku, Yokohama City 231-8588

TEL:045 (210) 1111 extension:3748~3750