

## Talatanungan/ 問診票

記入者 所属 氏名
--------------

Pangalan/患者氏名	Kasarian/性別 <input type="checkbox"/> Lalaki/男性 <input type="checkbox"/> Babae/女性
	Edad年齢/年齢 <span style="float: right;">Edad/歳</span>

**Mayroon ka ba ng mga sintomas na ito sa kasalukuyan?**  
 /今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）

Lagnat/発熱   
  Paghingal/ぜーぜー言う   
  Pag-ubo/咳   
  Plema/痰   
  Panakit ng Dibdib/胸痛   
  Hirap sa Paghinga/息苦しさ

Rekomendasyon mula sa ibang medikal na institusyon (kasama ang medikal na pagsusuri.)/他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む）

At iba pa/その他： }

**Gaano na katagal mayroon ka ng mga sintomas na ito?**  
 /この症状はいつからありますか。

Lagnat/発熱 \_\_\_\_\_ taon/年 \_\_\_\_\_ buwan/月 \_\_\_\_\_ araw/日   
 Umaga/午前、Hapon/午後 \_\_\_\_\_ oras/時

Ubo/咳 \_\_\_\_\_ taon/年 \_\_\_\_\_ buwan/月 \_\_\_\_\_ araw/日   
 上午/午前、下午/午後 \_\_\_\_\_ oras/時

**Nagkaroon ka ba ng influenza bago matapos ang taong 2019?**  
 /2019年末頃から現在にかけて、ご自身がインフルエンザにかかりましたか。

Hindi/いいえ   
  Oo/はい

**May mga tao bang malapit sa iyong paligid na nakakaramdam din ng mga sintomas na ito?**  
 /まわりに同様の症状の方はいますか。

Wala/いいえ   
  Meron/はい   
 ⇒ {
 Halimbawa: May influenza ang bata. 子どもがインフルエンザに係って

**Ikaw ba ay bumisita sa Kanto at Kansai regions sa loob ng dalawang linggo bago ka nagkaroon ng mga sintomas na ito?**  
 /発症から2週間以内に関東・関西地域など流行地域を訪問・滞在しましたか。

Hindi/いいえ   
  Oo/はい

**Maaring ipaliwanang ang bilang ng araw at dahilan ng pagbisita sa mga lugar na ito.**  
 /滞在期間・目的を教えてください。

Bilang ng araw /滞在期間   
 \_\_\_\_\_ taon /年   
 \_\_\_\_\_ buwan /月   
 \_\_\_\_\_ araw /日   
 ~   
 \_\_\_\_\_ taon /年   
 \_\_\_\_\_ buwan /月   
 \_\_\_\_\_ araw /日

Dahilan/滞在目的   
 【 \_\_\_\_\_ 】

**Bukod sa Kanto at Kansai regions, may binisita ka pa bang lugar na hindi sakop ng Ehime?**  
 /参考にお聞かせください。上記以外での訪問・滞在場所があれば教えてください。

Lugar/滞在場所   
 【 \_\_\_\_\_ 】   
 Bilang ng Araw   
 \_\_\_\_\_ Y年 \_\_\_\_\_ M月 \_\_\_\_\_ D日 ~ \_\_\_\_\_ Y年 \_\_\_\_\_ M月 \_\_\_\_\_ D日

Lugar/滞在場所   
 【 \_\_\_\_\_ 】   
 Bilang ng Araw   
 \_\_\_\_\_ Y年 \_\_\_\_\_ M月 \_\_\_\_\_ D日 ~ \_\_\_\_\_ Y年 \_\_\_\_\_ M月 \_\_\_\_\_ D日

**\* Sa iyong palagay, ikaw ba ay nakalapit (mga 2 metro) sa taong may mga sintomas ng pneumonia sa mga delikadong lugar na ito (Kanto at Kansai region)?**  
 /\* 流行地域の原因不明肺炎の患者、またはその疑いがあるがある患者と2メートル以内で接触しましたか。

Hindi/いいえ   
  Oo/はい