

# 《英 語》

English

## はじめに

近年外国の方が、熊本で生活されるケースが増えて参りました。しかし病気になったとき、言葉の問題等で医師に対し病状を伝えられず困っているとの声を聞き、昨年度は患者用の「緊急医療用語集」を作成しました。

しかし患者が症状を訴えることはできるようになっても治療のこと、薬のことなど治療を行う医師とのコミュニケーションが出来なければ何もなりません。

そのために今年度は、医療機関用「緊急医療用語集」を作成致しました。

この2冊で十分とは思いませんが、緊急時には役に立つものと信じています。

熊本県総務部国際課

## FORWARD

In recent years, the number of non-Japanese who have come to live in Kumamoto has steadily increased. However, if they are to fall ill or need medical treatment, it may often be difficult to communicate one's condition and symptoms to a physician.

In realization of this, in 1996 the "MEDICAL EMERGENCY HANDBOOK" for patients was created. Nevertheless, even if a patient is able to communicate his/her symptoms, if the assisting physician is unable to communicate the diagnosis and treatment procedures to be carried out or the medicine to be prescribed, difficulties will still exist. With this in mind, in 1997 the "MEDICAL EMERGENCY HANDBOOK" for physicians was created. These two handbooks will not be totally sufficient in solving all complications, but we believe that they will surely be beneficial in emergency situations.

Kumamoto Prefectural General Affairs Department International  
Affairs Division

# も く じ

## はじめに

(1) 痛みに関して .....	6
*痛みは? .....	6
*いつから痛いか? .....	6
*特にいつ頃痛むか? .....	6
*痛みの強さは? .....	8
*痛みの種類は? .....	8
*どのような痛み方か? .....	8
(2) 窓口にて .....	8
(3) 治 療 .....	12
(4) 抜歯や切開後の注意事項 .....	16
(5) 薬 .....	16

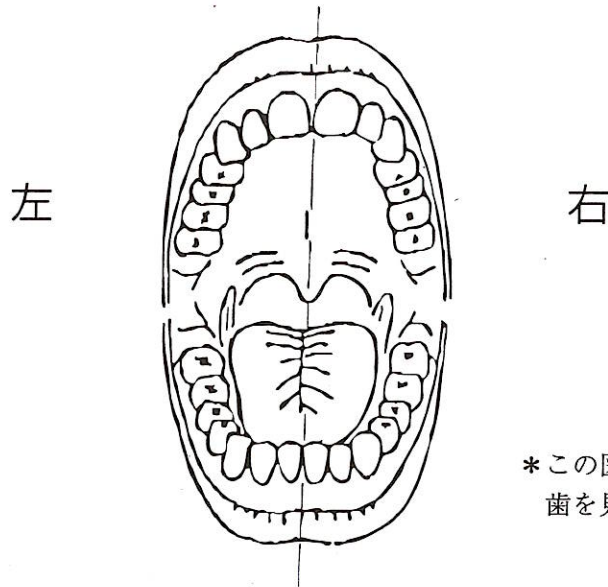
## TABLE OF CONTENTS

### FORWARD

(1)	DESCRIBING YOUR PAIN .....	7
	*WHERE DOES IT HURT? .....	7
	*WHAT KIND OF PAIN IS IT? .....	7
	*WHEN DID YOU START TO FEEL THE PAIN? .....	7
	*WHAT TIME OF THE DAY DOES IT PARTICULARLY HURT THE MOST? ...	7
	*HOW STRONG IS THE PAIN? .....	9
	*CAN YOU DESCRIBE THE PAIN? .....	9
	*WHEN DOES IT HURT MOST? .....	9
(2)	AT THE RECEPTION COUNTER .....	9
(3)	TREATMENT PROCEDURES .....	13
(4)	MATTERS OF ATTENTION AFTER HAVING A TOOTH PULLED OR DENTAL INCISION .....	17
(5)	MEDICINE .....	17

# (1) 痛みに関して

どこが痛いか？（下記の図で痛いところを指で差して下さい）



\*この図は、あなたが手鏡で自分の歯を見た時の歯の図です。

A : 永久歯	B : 乳 歯	C : 前 歯	D : 奥 歯	E : 親知らず
F : 歯 肉	G : 出 血	H : 歯の動揺	I : 口 臭	J : 虫 歯

## 痛みは？

1) 始めて痛くなった。
2) 今まで何度か痛んだ。
3) 以前治療したところが痛い。

## いつから痛い？

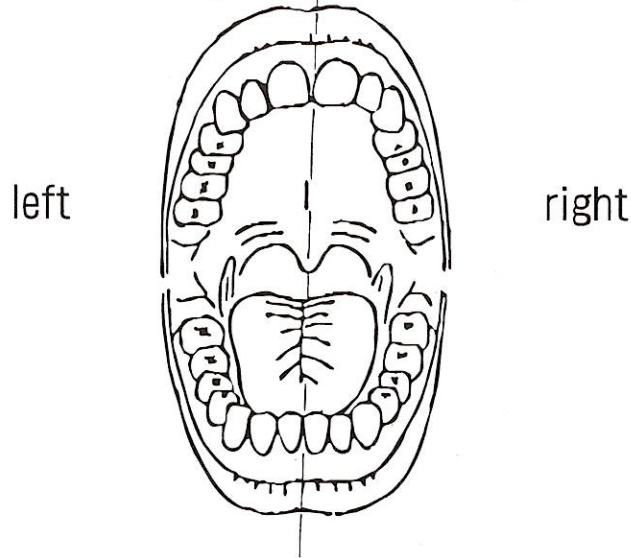
1) _____ 時間位前から。
2) _____ 日位前から。
3) _____ 週間位前から。
4) _____ ケ月前から。

## 特にいつ頃痛むか？

A : 朝に痛む。	B : 昼間に痛む。	C : 夜に痛む。
D : 食事の時に痛む。	E : 食後に痛む。	F : 一日中痛む。

# (1) DESCRIBING THE PAIN

Where does it hurt? Please point to the place it hurts on the illustration below, imagining that you are looking at your teeth through a hand-held mirror.



A : permanent teeth	B : baby teeth	C : front teeth	D : back teeth	E : wisdom teeth
F : gums	G : bleeding	H : a loose tooth	I : bad breath	J : a cavity

## WHAT KIND OF PAIN IS IT ?

1 ) This is the first time I've felt the pain.
2 ) I've felt this pain several times before now.
3 ) It hurts where I had previous treatment.

## WHEN DID YOU START TO FEEL THE PAIN ?

1 ) About _____ hours ago.
2 ) About _____ days ago.
3 ) About _____ weeks ago.
4 ) About _____ months ago.

## IS THERE A TIME DURING THE DAY WHEN IT PARTICULARLY HURTS THE MOST ?

A : It hurts in the morning.	B : It hurts during the daytime.	C : It hurts in the evening.
D : It hurts during meal time.	E : It hurts after meals.	F : It hurts all day.

### 痛みの強さは？

A：違和感がある。	B：軽い痛み。	C：強い痛み。
-----------	---------	---------

### 痛みの種類は？

A：鈍い痛み。	B：刺すような痛み。	C：脈を打つようにズキズキ痛む。
D：持続的に痛む。	E：ヒリヒリ痛む。	F：ズキンと痛む。

### どのような痛み方か？

A：何もしなくても痛い。	B：冷たい物を飲むと痛い。	C：熱いものを飲むと痛い。
D：甘い物を食べると痛い。	E：嘔むと痛い。	F：押さえると痛い。
G：さわると痛い。	H：飲み込むと痛い。	I：顎を動かすと痛い。

## (2) 窓口にて

1) 保険はありますか？	はい / いいえ
2) 日本の健康保険ですか？	はい / いいえ
3) 海外旅行障害保険ですか？	はい / いいえ
4) 保険外（自費）で支払いますか？	はい / いいえ
5) 領収書が必要ですか？	はい / いいえ
6) 診断書が必要ですか？	はい / いいえ

7) あなたの住所は？
8) あなたの生年月日は？
9) あなたの電話番号は？
10) 知り合いの方のお名前と電話番号を教えてくださいませんか？

11) 予約をしますか？	はい / いいえ
12) _____時に予約をしますか？	
13) 次は、_____に来て下さい。	



### HOW STRONG IS THE PAIN ?

A : It feels a bit strange/uncomfortable	B : It is a light pain.	C : It is a strong pain.
--	-------------------------	--------------------------

### CAN YOU DESCRIBE THE PAIN ?

A : A dull pain.	B : A piercing pain.	C : A reoccurring pulsating pain.
D : A continual pain.	E : A tingling pain.	F : A throbbing pain.

### WHEN DOES IT HURT MOST ?

A : Without doing anything, it hurts.	B : When I drink something cold.	C : When I drink something hot.
D : When I eat something sweet.	E : When I bite into something.	F : When I put pressure on it.
G : When I touch it, it hurts.	H : When I swallow, it hurts.	I : When I move my jaw, it hurts.

## (2) AT THE RECEPTION COUNTER

1) Do you have insurance?	YES / NO
2) Is it Japanese health insurance?	YES / NO
3) Is it overseas travel insurance?	YES / NO
4) Will you pay the expenses yourself?	YES / NO
5) Do you need a receipt?	YES / NO
6) Do you need a medical certificate?	YES / NO

7) Your address?
8) Your age?
9) Your telephone number?
10) Please give us the telephone number of the person we should call in case of emergency?

11) Would you like to make an appointment?	YES / NO
12) Can you come at _____ o'clock.	
13) Please come again on _____.	

14) 明日洗浄に来てください。
15) 終わりました。お大事に。
16) しばらくお待ち下さい。
17) 治療は、_____回位かかります。

18) 今までに歯の治療で以下の様なことがありましたか？	
* 血がとまらなかったことがある。	はい / いいえ
* 気分が悪くなって治療を中止したことがある。	はい / いいえ
* 血圧がひどく上がったことがある。	はい / いいえ

19)	以下の病気はありますか？	はい / いいえ
	肝 炎	
	肝 臓 病	
	不 整 脈	
	心 臓 病	
	以前心臓の手術を、受けたことがある。	
	心 筋 梗 塞    6ヶ月以内にかかった。 6ヶ月以前にかかったことがある。	
	脳 卒 中    6ヶ月以内にかかった。 6ヶ月以前にかかったことがある。	
	抗血液凝固剤を飲んでいる。	
	高 血 圧    * 降圧剤の薬を飲んでいる。 * 降圧剤の薬を飲んでいない。 * わかるなら血圧の数値を教えてください。 上が _____ 下が _____	
	糖 尿 病	
	喘 息	
	腎 臓 病	
	そ の 他	

\* 女性の方へ  
現在妊娠中ですか？      はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月です)      いいえ

14) Please come tomorrow for cleansing treatment.
15) The treatment is finished. Take care.
16) Please wait a moment.
17) You will need about _____ treatments.

18) Have you ever had any of the following conditions during a dental treatment?	
*After treatment, it wouldn't stop bleeding.	YES/NO
*I've had to cancel treatment because I felt ill.	YES/NO
*My blood pressure rose extremely	YES/NO

19)	Do you have any of the following conditions?	
	Hepatitis	YES/NO
	A liver-related illness	YES/NO
	An irregular pulse	YES/NO
	A heart-related illness	YES/NO
	Have you ever had heart surgery?	YES/NO
	myocardial infarction,	Within the past 6 months.
	myocardial infarction	Over 6 months ago.
	cerebral apoplexy (a stroke)	Within the past 6 months.
	cerebral apoplexy (a stroke)	Over 6 months ago.
	I am taking anti-blood clotting medication.	
	High Blood Pressure	*I am taking medicine to lower my blood pressure. *I am not taking medicine to lower my blood pressure. *If you know your blood pressure figures, please tell me. Top number _____ Bottom number _____
	Diabetes	
	Asthma	
	Kidney-related disease	
	OTHER	

To female patients : Are you pregnant at this time ? Yes. \_\_\_\_\_ months.  
No.

### (3) 治療

1) レントゲン写真を撮ります。	
2) 歯茎の検査をします。	
3) 虫歯があります。	
4) 歯槽膿漏で腫れています。	
5) 虫歯で腫れています。	
6) 親知らずで腫れています。	
7) 麻酔の注射をします。	
8) 化膿しました。	
9) 切開して膿を出します。	
10) 歯を抜きます。	
11) 薬を塗ります。	
12) 薬を詰めます。	
13) 応急処置をします。	
14) 仮の詰め物を詰めます。	
15) 歯の神経を治療します。(根管治療)	
16) 歯の神経をとります。	
17) 薬を使って消毒します。	
18) 歯を削ります。	
19) 歯型をとります。	
20) 歯の色と同じ詰め物を詰めます。	
21) 金属を詰めます。	
22) 歯にかぶせものをします。(クラウン)	
23) 健康保険適用の金属を使いますか？	はい / いいえ
24) 健康保険外の貴金属を使いますか？	はい / いいえ

### (3) TREATMENT PROCEDURES

1) I will take an x-ray.
2) I will inspect your gums.
3) You have a cavity.
4) You have alveolar abscess / dry sockets.
5) You have a swollen cavity.
6) You have a swollen wisdom tooth.

7) I will give you an injection of anesthesia.
8) It is infected.
9) I will make an incision to remove the fluid.
10) I will pull your tooth.
11) I will apply some medicine.
12) I will insert some medicine.
13) I will perform an emergency treatment.
14) I will give you a temporary filling.
15) I will treat your root canal.

16) I will remove the tooth's nerve.
17) I will disinfect it with medicine.
18) I will file your tooth.
19) I will make a mold of your tooth.
20) I will fill your tooth with a white filling.
21) I will insert a metal filling.
22) I will put a crown on your tooth.
23) Do you want a metal crown be covered by your insurance? YES/NO
24) Do you want to use gold or another metal that will not covered by your insurance to make your crown? YES/NO

25) 健康保険外の瀬戸物の歯を入れますか？	はい / いいえ
26) 入れ歯の型をとります。	
27) 入れ歯を作ります。	
28) 健康保険のプラスチック入れ歯を作ります。	
29) 健康保険外の金属入れ歯を作ります。	
30) _____週間位待ってから入れ歯を作ります。	
31) 応急処置として、入れ歯が痛くならないような材料を入れ歯につけます。	
32) 入れ歯を調整します。	
33) 仮の入れ歯を作ります。	
34) 入れ歯で痛いところがありますか？	はい / いいえ
35) 費用は、健康保険で _____ 円です。	

36) 保険外で _____ 円です。	
37) 歯を削ってかみ合わせの高さを調整します。	
38) 歯を動かさないように固定します。	
39) 歯石をとります。	
40) 歯の治療の為、歯をきれいにします。	
41) 歯の磨き方を指導します。	

42) 歯の矯正が必要です。	
43) 口を開いて下さい。	
44) もう少し大きく開けて下さい。	
45) 閉じて下さい。	
46) 歯をカチカチして下さい。	
47) 嚙んで下さい。	
48) 嚙んで高く感じますか？	はい / いいえ
49) 違和感がありませんか？	はい / いいえ
50) 口を濯いで下さい。	
51) 治療はすべて終わりました。	

25) Do you want to use a porcelain not covered by insurance for your artificial teeth?	YES/NO
26) I will take a mold for your artificial teeth.	
27) I will make your artificial teeth.	
28) I will make plastic artificial teeth that will be covered by your insurance.	
29) I will make metal artificial teeth that will not be covered by your insurance.	
30) The artificial teeth will be ready in _____ weeks.	
31) Temporarily, I will attach some material so that the artificial teeth wont hurt.	
32) I will adjust the artificial teeth.	
33) I will make a temporary artificial tooth.	
34) Is there any part of the artificial teeth that hurts?	YES / NO
35) Your insurance will cover _____ yen of the fees.	

36) Fees not covered by your insurance will be _____ yen.	
37) I will file your tooth to align the height of your bite.	
38) I will fix your tooth so that it won't move.	
39) I will remove the tartar.	
40) I will clean your teeth for treatment purposes.	
41) I will show you how to brush your teeth correctly.	

42) You need orthodontic braces.	
43) Please, open your mouth.	
44) Open a little wider, please.	
45) Close your mouth, please.	
46) Please take a few small bites.	
47) Bite down, please.	
48) When you bite down, does it seem too high?	YES / NO
49) Is it uncomfortable in any way.	YES / NO
50) Rinse your mouth, please.	
51) Your treatment is completed.	

#### (4) 抜歯や切開後の注意事項

1) スープなど柔らかい食べ物を食べて下さい。
2) 冷やして下さい。
3) お酒は控えて下さい。
4) 歯を抜いた後20分位、ガーゼを噛んでその後捨てて下さい。もし出血が止まらないなら、きれいなガーゼを強く丸めて傷口にあてて強く咬んで下さい。止まったら捨てて下さい。
5) 今日一日は、風呂に入らないで下さい。
6) 今日一日は、激しい運動や仕事は控えて下さい。

#### (5) 薬

今までに以下の薬で、発疹が出るなど過敏な反応は、ありませんでしたか？
------------------------------------

1) 抗生剤に過敏である。
2) 鎮痛剤に過敏である。
3) その他、特定の薬に過敏である。                      薬剤名 _____



#### (4) MATTERS OF ATTENTION AFTER HAVING A TOOTH PULLED OR HAVING A DENTAL OPERATION.

1) You should eat soft foods like soup.
2) Cool it with ice.
3) Refrain from drinking alcohol.
4) 20 minutes after you've had your tooth pulled, bite down on the gauze and discard it. If it hasn't stopped bleeding, place a clean, tightly balled up gauze in the wound and bite down again. When it has stopped bleeding, discard the gauze.
5) You should not take a bath today.
6) Refrain from any strenuous work or physical activity today.

#### (5) MEDICATION

Have you ever had any type of reaction or sensitivity to any of the following medications?
--

1) I am sensitive to antibiotics.
2) I am sensitive to painkillers.
3) I am also particularly sensitive to another medication. This medication is _____.

(内服薬)

(服用方法)

A	B	C	D	E	F	1日2回 朝夕食後 _____ カプセル/錠/袋
鎮	抗	消	鎮	消	ビ	1日3回 毎食後 _____ カプセル/錠/袋
痛	生	炎	痛	化	タ	1日4回 毎食後と寝る前
剤	剤	剤	剤	剤	ミン	_____ カプセル/錠/袋

(外用薬)

(服用方法)

塗り薬	1日 _____ 回患部に塗布して下さい。
含嗽剤 (うがい薬等)	1日 _____ 回うがい薬でうがいで下さい。 * _____ 倍の水でうすめて下さい。 *一袋をコップに溶かして使用して下さい。
トローチ	1日 _____ 回1個を噛まずになめて下さい。

処方箋の場合

処方箋をもって調剤薬局 (処方箋受付と書かれた薬局) で薬を購入して下さい。

( Ingested Medication )

( Instructions )

A : Painkiller	Twice a day , _____ capsules / tablets / packets after breakfast or supper.	
B : Antibiotics		
C : Anti-inflammatory		Three times a day, _____ capsules / tablets / packets after every meal.
D : Anti-inflammatory painkillers		
E : Digestive aid		Four times a day, _____ capsules / tablets / packets after each meal and before bedtime.
F : Vitamin		

( External Medicine )

( Instructions )

Ointment	Apply _____ times a day to the infected area.
Gargles , Rinse Medications	Gargle this _____ times a day.  *For each portion of medicine, add _____ parts of water.  *Dissolve this packet in a cup of water to use it.
Lozenges	Suck on the lozenge, without chewing, _____ times a day.

---

FILLING A PRESCRIPTION

Take this prescription to a designated medical pharmacist  
( a pharmacy which accepts prescriptions ) and purchase it at this time.

