

外国人避難者 问卷调查  
がいこくじんひなんしゃよう しつもんひょう  
外国人避難者用 質問票

本问卷的用途 この質問票の目的

我们为了得知您在本避难所的需要，因此询问下列问题。

私たちは、この避難所(みんなが逃げるところ)で、あなたは 何が 必要か 知りたいです。

ですから、つぎの質問をします。

本问卷是为您所设计，不做其他用途。

これは あなたのために 使うものです。ほかの目的では 使いません。

一人务必填写一份。儿童请大人代为填写。

ひとりずつ 書いてください。こどもは、大人が かわりに 書いてください。

填写完毕后，请交给避难所的人（工作人员）。

書いたら、避難所の人(担当者)に わたしてください。

请回答下列问题。（请勾选） つぎの質問に 答えてください。（あてはまるところに☑してください）。

今天	年	月	日	现在的时刻	上午	下午	点	分
今日	年	月	日	今の時間	午前・午後	時	分	
名字 名前				<input type="checkbox"/> 男 男			<input type="checkbox"/> 女 女	
				生日 生まれた年・月・日	_____	年 年	_____	月 月
				_____	日 日	_____	日 日	_____
住址 住所(住んでいるところ)								
电话号码 電話番号				行动电话号码 携帯電話番号				
国籍 国籍				母语 母国語(自分が話す言葉)				
日语程度 日本語(下の あてはまるところに ☑してください)								
听 聞いて				<input type="checkbox"/> 精通 よくわかります	<input type="checkbox"/> 会一些 すこしわかります	<input type="checkbox"/> 不懂 わかりません		
说 話すことが				<input type="checkbox"/> 精通 できます	<input type="checkbox"/> 会一些 すこし できます	<input type="checkbox"/> 不懂 できません		
平假名 ひらがなが				<input type="checkbox"/> 精通 よくよめます	<input type="checkbox"/> 会一些 すこし よめます	<input type="checkbox"/> 不懂 よめません		
汉字 漢字が				<input type="checkbox"/> 精通 よくよめます	<input type="checkbox"/> 会一些 すこし よめます	<input type="checkbox"/> 不懂 よめません		

1 你的身体有没有什么问题？(请勾选)

あなたの <sup>からだ</sup> 体は <sup>だいじょうぶ</sup> 大丈夫ですか？(どちらかに  してください)。

没有问题。 <sup>問題</sup>ありません

有问题。(请从下列勾选)

<sup>問題</sup>があります(下の <sup>あて</sup> へはまる場所に  してください)

发烧

<sup>熱</sup> があります(  °C)

恶寒

<sup>背中</sup> が <sup>ぞくぞく</sup> します

喉咙疼

<sup>のど</sup> が <sup>痛い</sup> です

咳嗽

<sup>せき</sup> が <sup>でます</sup>

头疼

<sup>頭</sup> が <sup>痛い</sup> です

胸口痛

<sup>胸</sup> が <sup>痛い</sup> です

心悸

<sup>心臓</sup> が <sup>ドキドキ</sup> します

气喘

<sup>息</sup> が <sup>きれ</sup> ます

晕眩

<sup>めまい</sup> が <sup>します</sup>

肚子疼

<sup>お腹</sup> が <sup>痛い</sup> です

胃痛

<sup>胃</sup> が <sup>痛い</sup> です

高血压

<sup>血圧</sup> が <sup>高い</sup> です

呕吐

<sup>吐</sup> きました

呕心 想吐

<sup>気持ち</sup> が <sup>悪い</sup> です。<sup>吐</sup> きたいです

腹泻

<sup>下痢</sup> を <sup>して</sup> います

癫痫

<sup>てんかん</sup> が <sup>あります</sup>

怀孕\_\_\_个月

<sup>妊娠</sup> \_\_\_ か月です

请从下列选项勾选

下の <sup>あて</sup> へはまる場所に  してください。

请在右方的图里以○标示其位置。

そして、右の <sup>え</sup> 絵にその <sup>ところ</sup> 場所を ○で示してください。

受伤 <sup>けが</sup>

烫伤 <sup>やけど</sup>

扭伤 <sup>ねんざ</sup>

麻痹 <sup>しびれ</sup>

发疹 <sup>はっしん</sup>



2 現在有需要什么东西吗？（请勾选）

いま ほしいものは 何ですか？（あてはまるところに 勾选してください）。

- 食物 食べ物       水 水       衣服（例如内衣） 着るもの（下着など）
- 毯子 毛布       药 薬       尿布 おむつ       牛奶 ミルク
- 生理用品 生理用品       不需要任何东西 必要なものは ありません

3 在问题2之中选择“食物”的人，请下列勾选。

2で「たべもの」に勾选したひとは、下のあてはまるところに 勾选してください。

是否有因为身体（过敏）或宗教等理由而不吃的食物？

体 や 宗教 などの 理由で 食べられないもの がありますか？

（水果 菓物）

- 柳橙 オレンジ     奇异果 キウイフルーツ     水蜜桃 桃     萍果 りんご     香蕉 バナナ

（海鲜类 魚など）

- 鲍鱼 あわび     犹鱼 いか     鲑鱼子 いくら     虾子 えび
- 螃蟹 かに     鲑鱼 鮭     鯖鱼 さば

（肉类 肉）

- 牛肉 牛肉     猪肉 豚肉     鸡肉 鶏肉

（青菜等 野菜など）

- 小麦 小麦     荞麦 そば     花生 落花生     大豆 大豆
- 松茸 松茸     山药 やまいも     核桃 くるみ

（其它 その他）

- 鸡蛋 卵     牛奶 牛乳     动物胶 ゼラチン     其它 その他（    ）

4 请教有关您的家族的事(请填写任意的一个成员)

あなたの家族のことをおしえてください。(家族の1人だけがここに書いてください)

家人的名字 家族の名前	性別 性別	年齢 年齢	続柄 あなたとの関係	現在在哪里? いま、どこにいますか?
	<input type="checkbox"/> 男 男 <input type="checkbox"/> 女 女		<input type="checkbox"/> 祖父母 祖父母 <input type="checkbox"/> 父母 親 <input type="checkbox"/> 丈夫 夫 <input type="checkbox"/> 妻子 妻 <input type="checkbox"/> 小孩 子ども <input type="checkbox"/> 孙子 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 伯叔父母 おじ・おば	<input type="checkbox"/> 现在在一起 いま いっしょにいる <input type="checkbox"/> 在家里 じぶんの家にいる <input type="checkbox"/> 在其他的避难所 ほかの避難所にいる <input type="checkbox"/> 不知道 わからない
	<input type="checkbox"/> 男 男 <input type="checkbox"/> 女 女		<input type="checkbox"/> 祖父母 祖父母 <input type="checkbox"/> 父母 親 <input type="checkbox"/> 丈夫 夫 <input type="checkbox"/> 妻子 妻 <input type="checkbox"/> 小孩 子ども <input type="checkbox"/> 孙子 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 伯叔父母 おじ・おば	<input type="checkbox"/> 现在在一起 いま いっしょにいる <input type="checkbox"/> 在家里 じぶんの家にいる <input type="checkbox"/> 在其他的避难所 ほかの避難所にいる <input type="checkbox"/> 不知道 わからない
	<input type="checkbox"/> 男 男 <input type="checkbox"/> 女 女		<input type="checkbox"/> 祖父母 祖父母 <input type="checkbox"/> 父母 親 <input type="checkbox"/> 丈夫 夫 <input type="checkbox"/> 妻子 妻 <input type="checkbox"/> 小孩 子ども <input type="checkbox"/> 孙子 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 伯叔父母 おじ・おば	<input type="checkbox"/> 现在在一起 いま いっしょにいる <input type="checkbox"/> 在家里 じぶんの家にいる <input type="checkbox"/> 在其他的避难所 ほかの避難所にいる <input type="checkbox"/> 不知道 わからない
	<input type="checkbox"/> 男 男 <input type="checkbox"/> 女 女		<input type="checkbox"/> 祖父母 祖父母 <input type="checkbox"/> 父母 親 <input type="checkbox"/> 丈夫 夫 <input type="checkbox"/> 妻子 妻 <input type="checkbox"/> 小孩 子ども <input type="checkbox"/> 孙子 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 伯叔父母 おじ・おば	<input type="checkbox"/> 现在在一起 いま いっしょにいる <input type="checkbox"/> 在家里 じぶんの家にいる <input type="checkbox"/> 在其他的避难所 ほかの避難所にいる <input type="checkbox"/> 不知道 わからない

5 您需要翻译人员的协助吗?(请勾选一个)

通訳(あなたの国の言葉を話せる人)は必要ですか?(どちらかに☑してください)。

需要 必要です 不需要 必要ありません

工作人员记录兰（以下由避难所人员填写。） 職員記入欄(ここは、避難所の人(担当者)が書きます)

月 日	時間	担当者	対応内容	懸案事項