

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 荷が 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								
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 体は 大丈夫ですか? (どちらかに 勾选してください)。

没有问题。 問題ありません

有问题。(请从下列勾选)

問題があります(下の あてはまるところに 勾选してください)

发烧

熱 があります(°C)

咳嗽

せき が えます

心悸

心臓 が ときどきします

肚子疼

お腹 が 痛いです

呕吐

吐きました

癩病

てんかん が あります

恶寒

背中 が ぞくぞくします

头疼

頭 が 痛いです

气喘

息 が きれます

胃痛

胃 が 痛いです

噁心想吐

気持ち が 悪いです。吐きたいです

怀孕__个月

妊娠__か月です

咽喉疼

のど が 痛いです

胸口痛

胸 が 痛いです

晕眩

めまいがします

高血压

血圧 が 高いです

腹泻

下痢 を しています

请从下列选项勾选

下のあてはまるところに 勾选してください。

请在右方的图里以○标示其位置。

そして、右の絵にその場所を ○で示してください。

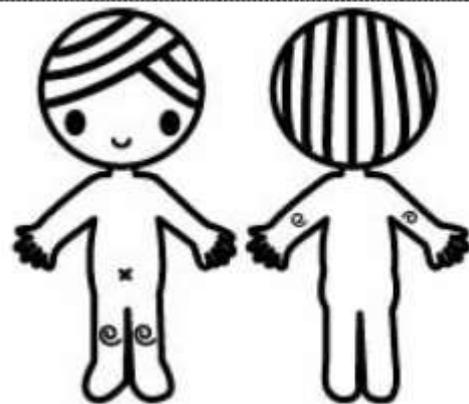
受伤 けが

扭伤 わねざ

发疹 はっしん

烫伤 やけど

麻痹 しびれ



2 現在有需要什么东西吗？（请勾选）

いま ほしいもの は なんですか？（あてはまるところに 〇してください）。

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 | <input type="checkbox"/> 水 水 | <input type="checkbox"/> 衣服（例如内衣） 着るもの（下着など） | |
| <input type="checkbox"/> 毯子 毛布 | <input type="checkbox"/> 药 薬 | <input type="checkbox"/> 尿布 おむつ | <input type="checkbox"/> 牛奶 ミルク |
| <input type="checkbox"/> 生理用品 生理用品 | <input type="checkbox"/> 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」に〇したひとは、下のあてはまるところに 〇してください。

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 果物）

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

（海鲜类 魚など）

- 鲍鱼 あわび 鱿鱼 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 回してください)。

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