

Medical Questionnaire Form 問診票(英語)

Check (☑) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

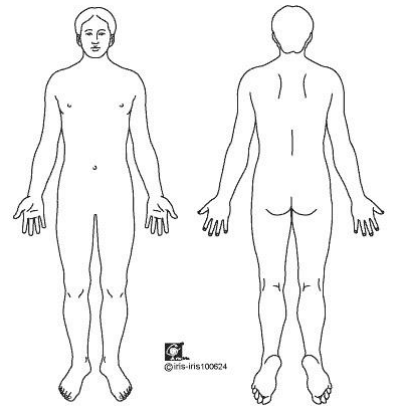
Name 名前	Date of Birth 生年月日 __year 年 __month 月 __day 日 (__years old)
Address 住所	
Phone 電話番号	
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか <input type="checkbox"/> No 無い <input type="checkbox"/> Yes 有る	Nationality 国籍

◆ What is the problem? どうしましたか

- Fever (____℃) 熱がある
- Ringing in the ears 耳鳴り
- Stuffy nose 鼻づまり
- Cough 咳
- Bloody phlegm 血痰
- Chest pains 胸痛
- Squeezing chest pain 胸がしめつけられる
- Shortness of breath 息切れ
- Backache 背痛*
- Burping げっぷ
- Vomiting 嘔吐
- Diarrhea 下痢
- Lower backache 腰痛
- Difficulty urinating 尿がでにくい
- Feeling of incomplete urination 残尿感
- Muscle pain* 筋肉痛*
- Shoulder stiffness 肩こり
- Fainting 失神
- Tired 疲れる
- Can't sleep 眠れない
- Feel upset or distracted イライラする
- Numbness* しびれ*
- Trembling* ふるえ*
- Rash* 発疹*

- Headache 頭痛
- Runny nose 鼻汁
- Dry mouth 口が渴く
- Throat hurts のどの痛み
- Phlegm (mucus in the throat) 痰
- Heart palpitations 動悸
- Tightness in chest 胸が苦しい
- Wheezing ぜいぜいヒューヒュー
- Heartburn 胸やけ
- Nausea 吐き気
- Stomachache 腹痛*
- Constipation 便秘
- Constant urge to urinate 頻尿
- Pain while urinating 排尿痛
- Bloody urine 血尿
- Joint pain* 関節痛*
- Dizziness めまい
- Swelling* むくみ*
- Feel heavy or lethargic だるい
- Feel anxious 何か不安
- Night sweats 寝汗
- Hard to walk 歩きにくい
- Hard to speak 話しにくい
- Other* その他*

*Please mark below where you feel the symptom
*その箇所に丸印を付けてください



Do you have any idea what might be cause? 原因として思い当たることはありますか
 No ない Yes ある (_____)

How long have you had the problem? それはいつ頃からですか
Since ____year 年 ____month 月 ____day 日から

- Do you have a preference for your examination? 検査希望
 - Ultrasound エコー
 - X-ray レントゲン
 - ECG (electric cardiogram) 心電図
 - Blood test 血液検査
- Would you like a flu shot? インフルエンザ予防接種希望

◆ Do you have an appetite? 食欲はありますか
 No 無い Yes 有る

◆ Do you ever had an allergic reaction to food or medication? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか
 No 無い Yes 有る → medication 薬 food 食べ物 other その他

◆ Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか
 No 無い Yes 有る → If you have it with you now, please show me. 持っていれば見せてください

◆ Questions for women: 女性の方への質問です

Are you pregnant or is there a chance that you are pregnant? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

No いいえ Yes はい → months ヶ月

When was your most recent period? 最近の月経は

 month 月 day 日 ~ month 月 day 日

Regular periods 規則的 Irregular periods 不規則 Menopause 閉経

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

No いいえ Yes はい

◆ Do you smoke? タバコを吸いますか

No いいえ Yes はい → 1日 本 cigarettes per day

I smoked in the past 前は吸っていた →
from age 才 ~ to age 才

◆ Do you drink alcohol? お酒を飲みますか

No いいえ Yes はい → Everyday 毎日 回 times a week

 回 times a month

◆ What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brain disease 脳の病気 | <input type="checkbox"/> Lung disease 肺の病気 | <input type="checkbox"/> Stomach and intestinal disease 胃腸の病気 |
| <input type="checkbox"/> Liver disease 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> Heart disease 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> Kidney disease 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核 | <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Asthma 喘息 |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure 高血圧症 | <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia 高脂血症 | <input type="checkbox"/> Thyroid disease 甲状腺の病気 |
| <input type="checkbox"/> Bladder disease 泌尿器科の病気 | <input type="checkbox"/> Rheumatism リウマチ | <input type="checkbox"/> Eczema アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> Cancer 癌 | <input type="checkbox"/> Other その他 | |

* Has this disease been cured? その病気は治りましたか

No いいえ Yes はい

◆ Have you or any of your family had the following diseases? 家族で次の病気をした人がいますか

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brain disease 脳の病気 | <input type="checkbox"/> Heart disease 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> Liver disease 肝臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核 | <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Asthma 喘息 |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure 高血圧症 | <input type="checkbox"/> Cancer 癌 | |

◆ Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか

No いいえ Yes はい

◆ Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか

No いいえ Yes はい

◆ Do you have any preferences for your examination? 診察についてご希望はありますか

Thank you for your cooperation. The doctor will be with you shortly.
~ご協力ありがとうございました。診察まで少々お待ちください~