

Medical Questionnaire Form 問診票(英語)

Check (☑) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

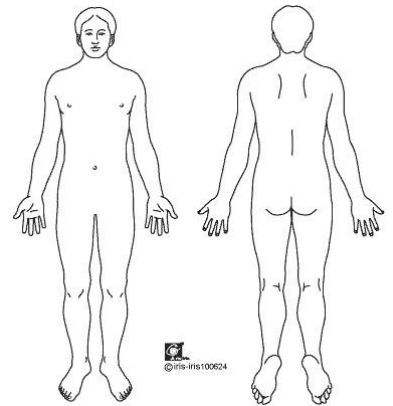
Name 名前	Date of Birth 生年月日 __year 年 __month 月 __day 日 (__years old)
Address 住所	
Phone 電話番号	
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか <input type="checkbox"/> No 無い <input type="checkbox"/> Yes 有る	Nationality 国籍

◆ 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
- Gastric (stomach) camera 胃カメラ Large intestine camera 大腸カメラ
 - Ultrasound エコー ECG (electric cardiogram) 心電図
 - X-ray レントゲン 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

 月 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

Brain disease 脳の病気 Lung disease 肺の病気 Stomach and intestinal disease 胃腸の病気

Liver disease 肝臓の病気 Heart disease 心臓の病気 Kidney disease 腎臓の病気

Tuberculosis 結核 Diabetes 糖尿病 Asthma 喘息

High blood pressure 高血圧症 Hyperlipidemia 高脂血症 Thyroid disease 甲状腺の病気

Bladder disease 泌尿器科の病気 Rheumatism リウマチ Eczema アトピー性皮膚炎

Cancer 癌 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

Brain disease 脳の病気 Heart disease 心臓の病気 Liver disease 肝臓の病気

Tuberculosis 結核 Diabetes 糖尿病 Asthma 喘息

High blood pressure 高血圧症 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~