

Medical Questionnaire Form 問診票

Date 日付 ____year 年 ____month 月 ____date 日

Name 名前	Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	
	Date of birth 生年月日 ____year 年 ____month 月 ____day 日 (____years old)	
Address 住所		
Phone 電話番号	Language 言語	Nationality 国籍

Check all corresponding answers. 当てはまるにを入れて下さい。

1. What symptoms do you have? どのような症状ですか？

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fever (____ °C) 発熱 | <input type="checkbox"/> Runny nose 鼻水 | <input type="checkbox"/> Stuffy nose 鼻づまり |
| <input type="checkbox"/> Sore throat のどの痛み | <input type="checkbox"/> Cough せき | <input type="checkbox"/> Phlegm たん |
| <input type="checkbox"/> Headache 頭痛 | <input type="checkbox"/> Joint pain 関節痛 | <input type="checkbox"/> Muscle pain 筋肉痛 |
| <input type="checkbox"/> Low back pain 腰痛 | <input type="checkbox"/> Lack of energy 体がだるい | <input type="checkbox"/> Easily fatigued 疲れやすい |
| <input type="checkbox"/> Can't sleep 不眠 | <input type="checkbox"/> Abdominal pain 腹痛 | <input type="checkbox"/> Stomachache 胃痛 |
| <input type="checkbox"/> Nausea 吐き気 | <input type="checkbox"/> Vomiting 嘔吐 | <input type="checkbox"/> Diarrhea 下痢 |
| <input type="checkbox"/> Constipation 便秘 | <input type="checkbox"/> Loss of appetite 食欲がない | <input type="checkbox"/> Chest pain 胸痛 |
| <input type="checkbox"/> Back pain 背部痛 | <input type="checkbox"/> Palpitation 動悸 | <input type="checkbox"/> Shortness of breath 息切れ |
| <input type="checkbox"/> Swelling むくみ | <input type="checkbox"/> Dizziness めまい | <input type="checkbox"/> Numbness しびれ |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure 血圧が高い | <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia 高脂血症 | |
| <input type="checkbox"/> High blood glucose level 血糖が高い | <input type="checkbox"/> Others その他 (_____) | |

2. When did the symptoms start? いつ頃からですか？

Since approximately ____Year 年 ____month 月 ____day 日

3. Do you have a referral letter? 紹介状はお持ちですか？

- No ない Yes ある → Please present the letter at the counter. 受付へご提出下さい。

4. Have you previously had any diseases listed below? 今までにかかった病気はありますか？

- No ない Yes ある
- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Hypertension 高血圧 | <input type="checkbox"/> Heart disease 心臓病 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核 |
| <input type="checkbox"/> Asthma 喘息 | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal disease 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> Liver disease 肝臓の病気 | |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> glaucoma 緑内障 | <input type="checkbox"/> prostatic hypertrophy 前立腺肥大 | |
| <input type="checkbox"/> others その他 (_____) | | | |

5. Are you currently undergoing treatment for any diseases? 現在治療している病気はありますか？

- No ない Yes ある (Disease 病名: _____)

*Please fill in the reverse side of all pages as well, where necessary. *裏面もご記入下さい。

6. Are you currently taking any medications? 現在服用中の薬や市販薬がありますか？

No ない Yes ある → Please show us the medications if you have them with you. 現物をお持ちの方はお見せ下さい。

7. Are you allergic to any medications or foods? 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

No ない Yes ある (medications 薬剤名: _____) (foods 食材名: _____)

8. Do you smoke? タバコを吸っていますか？

No いいえ

Yes はい → Current amount (___cigarettes/day) × (Duration ___years)

I smoked in the past 以前吸っていた → Previous amount (___cigarettes/day) × (Duration ___years)

9. Questions for women: 女性の方にお伺いします。

Is there possibility that you are pregnant? 妊娠中ですか？ No いいえ Yes はい

Are you breastfeeding? 授乳中ですか？ No いいえ Yes はい

10. Do you have any preferences for your examination? 診察について何かご希望がありますか？

Blood test 血液検査 ECG 心電図 X-ray レントゲン

Intravenous drip 点滴 Medical certificate 診断書 Others その他

Thank you for your cooperation. ご協力ありがとうございました。