

Medical Questionnaire Form 問診票(英語)

Check (☑) all corresponding answers.

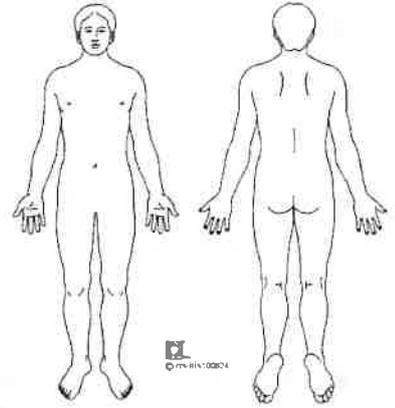
body temperature 体温 °C

Name 名前	Date of Birth 生年月日 ____ year 年 ____ month 月 ____ day 日 (____ years old)
	Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女

◆ What is the problem? どうしましたか

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever (____ °C) 熱がある
<input type="checkbox"/> Ringing in the ears 耳鳴り
<input type="checkbox"/> Stuffy nose 鼻づまり
<input type="checkbox"/> Cough 咳
<input type="checkbox"/> Bloody phlegm 血痰
<input type="checkbox"/> Chest pains 胸痛
<input type="checkbox"/> Squeezing chest pain 胸がしめつけられる
<input type="checkbox"/> Shortness of breath 息切れ
<input type="checkbox"/> Backache 背痛*
<input type="checkbox"/> Burping げっぷ
<input type="checkbox"/> Vomiting 嘔吐
<input type="checkbox"/> Diarrhea 下痢
<input type="checkbox"/> Lower backache 腰痛
<input type="checkbox"/> Difficulty urinating 尿がでにくい
<input type="checkbox"/> Feeling of incomplete urination 残尿感
<input type="checkbox"/> Muscle pain* 筋肉痛*
<input type="checkbox"/> Shoulder stiffness 肩こり
<input type="checkbox"/> Fainting 失神
<input type="checkbox"/> Tired 疲れる
<input type="checkbox"/> Can't sleep 眠れない
<input type="checkbox"/> Feel upset or distracted イライラする
<input type="checkbox"/> Numbness* しびれ*
<input type="checkbox"/> Trembling* ふるえ*
<input type="checkbox"/> Rash* 発疹* | <input type="checkbox"/> Headache 頭痛
<input type="checkbox"/> Runny nose 鼻汁
<input type="checkbox"/> Dry mouth 口が渇く
<input type="checkbox"/> Throat hurts のどの痛み
<input type="checkbox"/> Phlegm (mucus in the throat) 痰
<input type="checkbox"/> Heart palpitations 動悸
<input type="checkbox"/> Tightness in chest 胸が苦しい
<input type="checkbox"/> Wheezing ぜいぜいヒューヒュー
<input type="checkbox"/> Heartburn 胸やけ
<input type="checkbox"/> Nausea 吐き気
<input type="checkbox"/> Stomachache 腹痛*
<input type="checkbox"/> Constipation 便秘
<input type="checkbox"/> Constant urge to urinate 頻尿
<input type="checkbox"/> Pain while urinating 排尿痛
<input type="checkbox"/> Bloody urine 血尿
<input type="checkbox"/> Joint pain* 関節痛*
<input type="checkbox"/> Dizziness めまい
<input type="checkbox"/> Swelling* むくみ*
<input type="checkbox"/> Feel heavy or lethargic だるい
<input type="checkbox"/> Feel anxious 何か不安
<input type="checkbox"/> Night sweats 寝汗
<input type="checkbox"/> Hard to walk 歩きにくい
<input type="checkbox"/> Hard to speak 話しにくい
<input type="checkbox"/> 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 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

(Please turn to the next side)→

◆ 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 週 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

<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

[]

Our hospital strives to provide high-quality medical care by acquiring and utilizing medical information.
In order to obtain and utilize accurate information, we ask for your cooperation in using the Myna Insurance Card.
当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

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~