

# Medical Questionnaire Form 問診票(英語)

Check (☑) all corresponding answers.

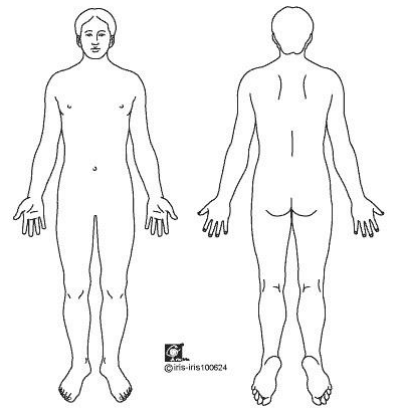
year 年 month 月 day 日

Name 名前	Date of Birth 生年月日 ____year 年 ____month 月 ____day 日 (____years old)
	Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
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

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