

MEDICAL QUESTIONNAIRE

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックをして下さい

		カルテ No.	Date: _____ Year _____ Month _____ Day
Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日	Phone 電話番号	
Address 住所			
Do you have Japanese health insurance card? 日本の保険証を持っていますか?			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
If you don't have a Japanese health insurance card, you will have to pay the full fee in cash. 日本の保険証をお持ちでないと自費診療になります。			
Nationality 国籍		Language 言語	

What are your symptoms? どうしましたか?			
<input type="checkbox"/> Fever (_____ °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Sore throat 咽頭痛	<input type="checkbox"/> Cough 咳	<input type="checkbox"/> Headache 頭痛
<input type="checkbox"/> Runny nose 鼻水	<input type="checkbox"/> Nausea 吐き気	<input type="checkbox"/> Vomiting 嘔吐	<input type="checkbox"/> Stomachache 腹痛
<input type="checkbox"/> Diarrhea 下痢	<input type="checkbox"/> Chest pain 胸痛	<input type="checkbox"/> Heart palpitation 動悸	<input type="checkbox"/> Shortness of breath 息切れ
<input type="checkbox"/> High blood pressure 高血圧	<input type="checkbox"/> Swelling むくみ	<input type="checkbox"/> Excessive fatigue 疲れやすい	<input type="checkbox"/> Loss appetite 食欲がない
<input type="checkbox"/> Dizziness めまい	<input type="checkbox"/> Ringing in ears 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Numbness しびれ	<input type="checkbox"/> Weight loss 体重減少
<input type="checkbox"/> Blood in stool 血便	<input type="checkbox"/> Bloody in urine 血尿	<input type="checkbox"/> Discomfort urinating 排尿痛	<input type="checkbox"/> Rash 発疹
<input type="checkbox"/> Others その他 _____			
How long have you had these problems? いつからですか? Since _____ Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日 _____ Hour 時間			
What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			
<input type="checkbox"/> High blood pressure 高血圧	<input type="checkbox"/> Heart disease 心疾患	<input type="checkbox"/> Liver disease 肝臓病	<input type="checkbox"/> Kidney disease 腎臓病
<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> Cerebrovascular disease 脳血管疾患	<input type="checkbox"/> Asthma 喘息	<input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核
<input type="checkbox"/> Sinusitis 副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> Anemia 貧血	<input type="checkbox"/> Cancer がん	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ
<input type="checkbox"/> Others その他 _____			
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか?			
<input type="checkbox"/> Yes はい → What's your disease? 病名はなんですか? _____			<input type="checkbox"/> No いいえ
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか?			
<input type="checkbox"/> Yes はい → What's medicine do you take? どんな薬ですか? _____			<input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか?			
<input type="checkbox"/> Yes はい → What kind of operations? 何の手術ですか? _____			<input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか?			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか?			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
<input type="checkbox"/> Medication -What? _____ <input type="checkbox"/> Food -What? _____ <input type="checkbox"/> Other -What's? _____			
Questions for Women 女性への質問			
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか? またその可能性はありますか?			
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ month ヶ月			<input type="checkbox"/> No いいえ
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか?			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ