

Medical Questionnaire (問診票)

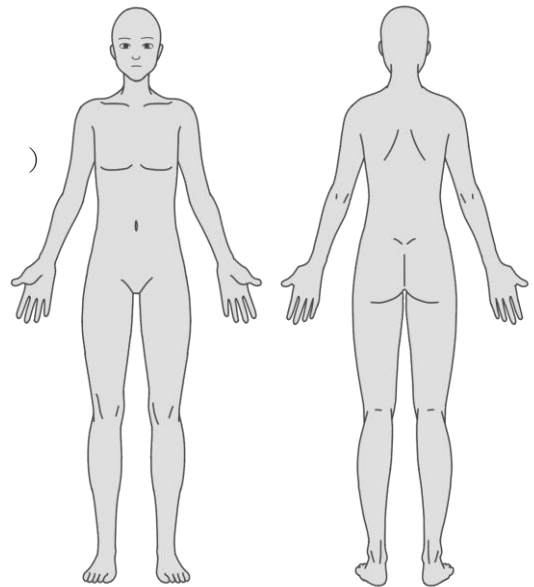
Name 名前		M F	height 身長	c m	body weight 体重	k g
			Address 住所			
Date of Birth			year	month	day	Phone 電話
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?			<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No	
Nationality 国籍			Language 言葉			

① Where in your body do you have symptoms?
どの部位の症状ですか?

Circle on the picture
症状のあるところに○をしてください

② What symptoms do you have?
どのような症状ですか?

- pain 痛み injury ケガ sprain 捻挫
 swelling 腫れ numbness しびれ
 other その他: ()



③ When did the symptoms start? いつからですか?

Since year 年 month 月 day 日

Is that on work? 仕事ですか?

- Yes はい No いいえ

Is it a traffic accident? 交通事故ですか?

- Yes はい No いいえ

④ Are you currently taking any medications?
現在飲んでいる薬はありますか

現在飲んでいる薬はありますか

- Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください
 No いいえ

⑤ Are you allergic to any foods or medications? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- Yes はい → medication 薬 food 食べ物 others その他 No いいえ

⑥ What diseases have you previously had?
今までにかかった病気はありますか

- stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 liver disease 肝臓の病気 kidney disease 腎臓の病気
 diabetes 糖尿病 high blood pressure 高血圧症 asthma ぜんそく
 heart disease 心臓の病気 (pacemaker Yes) others その他 ()

⑦ Are you currently undergoing treatment for any diseases? 治療中の病気はありますか

- Yes はい No いいえ

⑧ Have you ever had any problem related to the anesthesia? 麻酔で何かトラブルがありましたか

- Yes はい No いいえ

⑨ To women. Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy?
女性の方へ。妊娠していますか、またその可能性はありますか

女性の方へ。妊娠していますか、またその可能性はありますか

- Yes はい → months ヶ月 No いいえ

⑩ To women. Are you breastfeeding?
女性の方へ。授乳中ですか?

女性の方へ。授乳中ですか?

- Yes No いいえ

⑪ Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit?
今後、通訳を自分で連れてくることができますか

今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- Yes はい No いいえ