

# ORTHOPEDICS

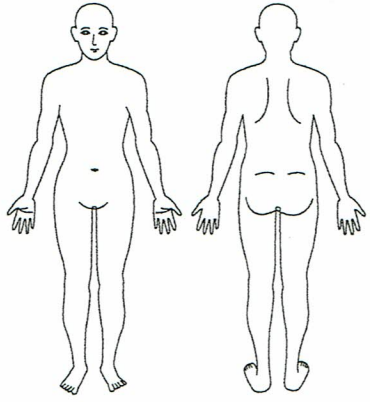
せいけいげかもんしんひょう  
整形外科問診票

English  
英語

Check  all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年 month 月 day 日

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	
Address 住所			
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 言葉	

<p>What are your symptoms? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> fever( °C) 熱がある      <input type="checkbox"/> pain 痛み</p> <p><input type="checkbox"/> injury けが      <input type="checkbox"/> burn やけど</p> <p><input type="checkbox"/> lump しこり      <input type="checkbox"/> swelling はれもの</p> <p><input type="checkbox"/> itching かゆい      <input type="checkbox"/> numbness しびれ</p> <p><input type="checkbox"/> sprain ひねった      <input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている</p> <p><input type="checkbox"/> others その他</p>	 <p>Circle on the picture. 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>How long have you had these problems? それはいつからですか</p> <p>Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から</p> <p>Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬   <input type="checkbox"/> food 食べ物   <input type="checkbox"/> others その他      <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> 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      <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ヶ月      <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか      <input type="checkbox"/> Yes はい      <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 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</p> <p><input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気      <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核      <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症      <input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ      <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気      <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> others その他</p>	
<p>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      <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>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      <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>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</p> <p>Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか      <input type="checkbox"/> Yes はい      <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes はい      <input type="checkbox"/> No いいえ</p>	

Do you agree with giving your personal information to us by 'My number health insurance card'?

Yes はい       No いいえ

In recent one year, have you ever visited a hospital for health check?

Yes はい       No いいえ