

Medical Questionnaire

Name/名前		Date of birth/生年月日		
Sex/性別 <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Year/年	Month/月	Day/日
Address/住所				
Tel/電話番号		emergency contact/緊急連絡先		
Height/身長	cm	Weight/体重	kg	Temperature/体温 °C

◎How did you know about this clinic? / 当院をどこで知りましたか?

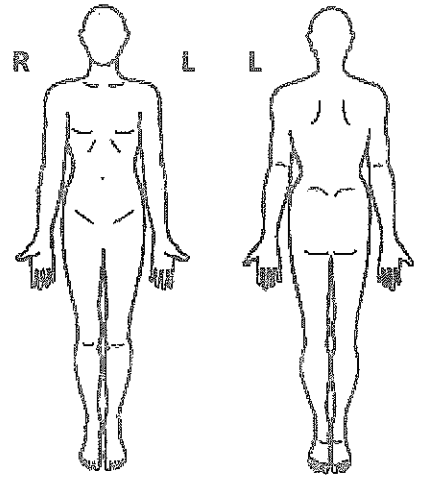
- Introduction (Family/Friend)/ 紹介 Newspaper, advertisement/ 新聞等 Internet/ ネット neighborhood/ 近所

◎Medical departments you would like to visit./ 希望される診療科

- Orthopedic surgery/ 整形外科 Internal Medicine/ 内科 Dermatology/ 皮膚科

◎Circle the place where you are experiencing the symptom. ➔

/ 症状のある部分に○を付けて下さい。



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

Site/症状のある部位	Symptoms/症状	Start/いつから
	<input type="checkbox"/> Pain/ 痛み <input type="checkbox"/> Injury/ けが	/ /
	<input type="checkbox"/> Numbness/ しびれ	/ /
	<input type="checkbox"/> Other(s)/その他 ()	/ /
	<input type="checkbox"/> Pain/ 痛み <input type="checkbox"/> Injury/ けが	/ /
	<input type="checkbox"/> Numbness/ しびれ	/ /
	<input type="checkbox"/> Other(s)/その他 ()	/ /

◎Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?

/ 現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

- No/ いいえ Yes/ はい

- Cancer/ 癌 Heart disease/ 心臓病 Brain disease/ 脳疾患 Liver disease/ 肝臓疾患
 Kidney disease/ 腎臓疾患 Lung disease/ 肺疾患 Prostate disease/ 前立腺疾患
 Diabetes/ 糖尿病 High blood pressure/ 高血圧 Hyperlipidemia/ 高脂血症
 Gout/ 痛風 Rheumatoid/ リウマチ Asthma/ 喘息 Arrhythmia/ 不整脈
 Glaucoma/ 緑内障 Other/ その他 ()

◎Have you ever had any surgery? / 手術を受けたことがありますか?

- No/ いいえ Yes/ はい Approximately: _____ year/年 _____ month/月 (type of surgery/手術名: _____)

◎Are you using a pacemaker? / ペースメーカーを使用していますか?

- No/ いいえ Yes/ はい

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

- No/ いいえ Yes/ はい (Name of medications/薬の名前: _____)

*Show us your medication or a medicine pocketbook./ お薬、もしくはお薬手帳を持っていれば見せてください。

◎Are you allergic to any foods or medications? / 薬や食べ物でアレルギーがでますか?

- No/ いいえ Yes/ はい → Medication/ 薬 (Name of medications/薬の名前: _____)
 Food/ 食べ物 (_____)
 Other/ その他 (_____)

◎Is there a possibility 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 I do not know/ わからない Yes/ はい → _____ months pregnant/ヶ月

◎Are you breastfeeding? / 授乳中ですか?

- No/ いいえ Yes/ はい