

Medical questionnaire 問診票 (初診)

Name お名前 _____
Phone 電話 _____ E-mail メール _____
Zip code 郵便番号 _____ Nationality 国籍 _____
Residence history 在日歴 _____ years 年 Language 言葉 _____
Religion 信仰 _____ Temperature 体温 _____ °C
Blood pressure 血圧 _____ / _____ Pulse 脈拍 _____ times/min 回/分
Height 身長 _____ cm Weight 体重 _____ kg

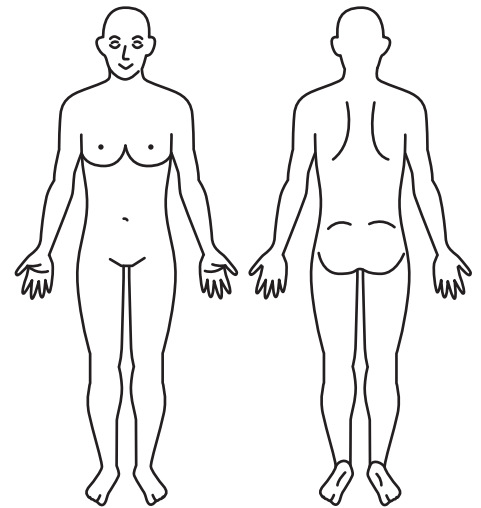
1. What is wrong with you? 今日はどうなことでおいでになりましたか?

Please check (✓) and answer all corresponding answers.

***Circle on the picture below.**

その箇所に丸印をしてください。

- fever 熱がある (_____ °C) sore throat 喉が痛い
- cough 咳 nasal discharge 鼻水 headache 頭痛
- diarrhea 下痢 vomiting 嘔吐 nausea 吐き気
- abdominal pain 腹痛 stomachache 胃痛
- chest pain 胸痛 palpitation 動悸 dizziness めまい
- swelling むくみ・腫れ high blood pressure 高血圧
- numbness しびれ bloody stool 血便
- weight loss 体重の減少 lose appetite 食欲不振
- tire easily 疲れやすい feel heavy だるい
- pain 痛み itching かゆい rash 発疹
- difficulty in seeing 物が見えにくい tremor 手足のふるえ
- pregnancy 妊娠 athlete's foot 水虫
- others その他 _____



2. How long have you had problems? いつごろからお気づきになりましたか?

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

3. Are you on medications or vitamins of any kind? 現在飲んでいる薬やビタミンなどはありますか?

No ない Yes ある → _____

4. Have you ever been allergic to medication or food?

これまでに薬や食べ物などで、アレルギーなどの副作用を経験したことがありますか?

No ない Yes ある → medication 薬 food 食べ物 others その他

What's the cause of it? その原因は何ですか? _____

5. Have you ever had any illnesses, hospitalizations or operations?

今までに、病気やけが、入院、手術などの経験がありますか?

No ない Yes ある → _____

6. What is your occupation? どうな仕事をしてられていますか?

to the next page!



7. Do you drink alcohol? お酒を飲みますか?

Yes ____ days /a week 日/週

No 飲まない I quit. やめた (When I was ____ Years old 歳)

8. Do you smoke? タバコを吸いますか?

Yes ____ cigarettes/a day 本/日

No 飲まない I quit. やめた (When I was ____ Years old 歳)

9. Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

過去2週間に、以下に示すようなことが何度かありますか?

A) Little interest or pleasure in doing things やる気がなくなったり、楽しむことができない

Not at all Several days More than half the days Nearly every day

B) Feeling down, depressed or hopeless 落ち込んだり、憂鬱になったり、望み

Not at all Several days More than half the days Nearly every day

Do you want to consult a doctor about them? このことについて医師と相談したいですか?

Yes (today) 今日したい Yes (other days) 今日でなくていい No いいえ

10. Questions for women 女性の方にお聞きします。

Date of your last period. 最終月経開始日はいつですか? (____ month 月 ____ day 日)

History of pregnancy 妊娠、出産、流産について

・pregnancy 妊娠 ____ times 回 ・childbirth 出産 ____ times 回 ・miscarriage 流産 ____ times 回

11. Did you recently receive a medical examination within one year?

過去一年以内に健康診断を受けたことはありますか。

No ない Yes ある → _____

12. Fill out family's age and check (✓) any diseases they had. ご家族のことについて教えてください

	sex 性別	age 年齢	cancer がん	heart disease 心臓病	stroke 脳卒中	diabetes 糖尿病	high blood pressure 高血圧	mental illness 心の病気	other その他
father 父	M								
mother 母	F								
spouse 配偶者	M・F								
child 子	M・F								
	M・F								
	M・F								
brothers and sisters 兄妹	M・F								
	M・F								

13. If you have anything you would like to consult with doctor, please fill out.

その他に相談したいことがあればご記入ください。

Thank you so much. どうもありがとうございました