

患者 ID:

患者氏名:

Date:

year/

month/

day/

Medical Questionnaire/ 問診票 HABU FAMILY CLINIC

Please check the appropriate boxes./あてはまるものにチェックしてください。

Patient name/ 患者氏名		Temperature/ 体温	°C
Date of birth/ 生年月日	year/ month/ day/	Sex/ 性別	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女
Height and Weight/身長・体重	cm kg	Age/ 年齢	years months old
Language/ 言語		Nationality/ 国籍	

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

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Headache/頭が痛い | <input type="checkbox"/> Dizziness/めまい | <input type="checkbox"/> Runny・congested nose/鼻水・鼻閉 |
| <input type="checkbox"/> Sore throat/のどが痛い | <input type="checkbox"/> Cough/せき | <input type="checkbox"/> Bad temper/機嫌が悪い |
| <input type="checkbox"/> Chest pain/胸が痛い | <input type="checkbox"/> Chest Discomfort/胸が苦しい | <input type="checkbox"/> Abdominal pain/お腹が痛い |
| <input type="checkbox"/> Nausea/吐き気 | <input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐 | <input type="checkbox"/> Rash/発疹 |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> Fever/熱がある | <input type="checkbox"/> Loss of appetite/食欲がない |
| <input type="checkbox"/> Swelling with inflammation/腫れがある | <input type="checkbox"/> Cannot sleep/眠れない | <input type="checkbox"/> Weight loss/体重が減っている |

When did the symptoms start?/それはいつからですか?

Since approximately: year/年 month/月 day/日 頃から

Are you (Is she/he) currently undergoing treatment for any diseases?/現在治療している病気はありますか?

- Yes/はい (Disease/病名: _____) No/いいえ

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

- Yes/はい → Medication/薬 Food/食べ物 Other/その他 (_____) No/いいえ

Are you (Is she/he) currently taking any medications?/現在飲んでいる薬はありますか?

- Yes/はい → Please show us the medications if you have them with you./持っていれば見せてください。 No/いいえ

Have you previously had any of the diseases listed below?/今までにかかった病気はありますか?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal disease/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 |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease/腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> Respiratory disease/呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> Blood disease/血液の病気 |
| <input type="checkbox"/> Brain/neurological disease/脳・神経系の病気 | | <input type="checkbox"/> Cancer/癌 |
| <input type="checkbox"/> Other/その他 (_____) | | |

How old were you when you became ill?/それは何歳の時ですか?

Age : _____ years _____ months old

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

- Yes/はい No/いいえ

When was the surgery?/いつごろですか?

Approximately: year/年 month/月 (type of surgery/手術名: _____)

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?

- Yes/はい No/いいえ

Are you breastfeeding?/授乳中ですか?

- Yes/はい No/いいえ

Will you be able to bring an interpreter with you in the future?/今後、通訳を自分で連れてくるのが出来ますか?

- Yes/はい No/いいえ

Do you have Japanese health insurance?/日本で使える保険はありますか?

- Yes/はい No/いいえ