

Check () all corresponding answers.

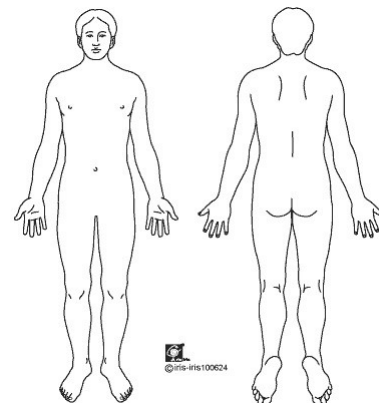
year年 month月 day日

Name 名前	Date of Birth 生年月日 _____year年_____month月_____day日(____years old)歳 <input type="checkbox"/> Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性
Address 住所	Phone 電話_____
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか <input type="checkbox"/> No ない <input type="checkbox"/> Yes ある	Nationality 国籍 Language 言語

◆ What is the problem? どうしましたか

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fever (_____℃) 熱がある | <input type="checkbox"/> Headache 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> Ringing in the ears 耳鳴り | <input type="checkbox"/> Runny nose 鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> Stuffy nose 鼻づまり | <input type="checkbox"/> Dry mouth 口が渴く |
| <input type="checkbox"/> Cough 咳 | <input type="checkbox"/> Throat hurts のどの痛み |
| <input type="checkbox"/> Bloody phlegm 血痰 | <input type="checkbox"/> Phlegm (mucus in the throat) 痰 |
| <input type="checkbox"/> Chest pains 胸痛 | <input type="checkbox"/> Heart palpitations 動悸 |
| <input type="checkbox"/> Squeezing chest pain 胸がしめつけられる | <input type="checkbox"/> Tightness in chest 胸が苦しい |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath 息切れ | <input type="checkbox"/> Wheezing ぜいぜいヒューヒュー |
| <input type="checkbox"/> Backache 背痛* | <input type="checkbox"/> Heartburn 胸やけ |
| <input type="checkbox"/> Burping げっぷ | <input type="checkbox"/> Nausea 吐き気 |
| <input type="checkbox"/> Vomiting 嘔吐 | <input type="checkbox"/> Stomachache 腹痛* |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea 下痢 | <input type="checkbox"/> Constipation 便秘 |
| <input type="checkbox"/> Lower backache 腰痛 | <input type="checkbox"/> Constant urge to urinate 頻尿 |
| <input type="checkbox"/> Difficulty urinating 尿がでにくい | <input type="checkbox"/> Pain while urinating 排尿痛 |
| <input type="checkbox"/> Feeling of incomplete urination 残尿感 | <input type="checkbox"/> Bloody urine 血尿 |
| <input type="checkbox"/> Muscle pain* 筋肉痛* | <input type="checkbox"/> Joint pain* 関節痛* |
| <input type="checkbox"/> Shoulder stiffness 肩こり | <input type="checkbox"/> Dizziness めまい |
| <input type="checkbox"/> Fainting 失神 | <input type="checkbox"/> Swelling* むくみ* |
| <input type="checkbox"/> Tired 疲れる | <input type="checkbox"/> Feel heavy or lethargic だるい |
| <input type="checkbox"/> Can't sleep 眠れない | <input type="checkbox"/> Feel anxious 何か不安 |
| <input type="checkbox"/> Feel upset or distracted イライラする | <input type="checkbox"/> Night sweats 寝汗 |
| <input type="checkbox"/> Numbness* しびれ* | <input type="checkbox"/> Hard to walk 歩きにくい |
| <input type="checkbox"/> Trembling* ふるえ* | <input type="checkbox"/> Hard to speak 話しにくい |
| <input type="checkbox"/> Rash* 発疹* | <input type="checkbox"/> Other* その他* |

*Please mark below where you feel the symptom
*その箇所に×印を付けてください



● Do you have any idea what might be cause? 原因として思い当たることはありますか

- No ない Yes ある (_____)

● How long have you had the problem? それはいつ頃からですか

Since _____ year年 _____ month月 _____ day日から

● Do you have a preference for your examination? 検査希望

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ultrasound エコー | <input type="checkbox"/> ECG (electric cardiogram) 心電図 |
| <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン | <input type="checkbox"/> Blood test 血液検査 |
| <input type="checkbox"/> Would you like a flu shot? インフルエンザ予防接種希望 | |

◆ Do you have an appetite? 食欲はありますか

- No ない Yes ある

◆ Do you ever had an allergic reaction to food or medication? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

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

◆ Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

- No ない Yes ある → If you have it with you now, please show me. 持っていれば見せてください

(Please turn to the next side)→

◆ Questions for women: 女性の方への質問です

Are you pregnant or is there a chance 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 Yes はい → _____ months ヶ月 When was your

most recent period? 最近の月経は

_____ month 月 _____ day 日 ~ _____ month 月 _____ day 日

Regular periods 規則的 Irregular periods 不規則 Menopause 閉経

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

No いいえ Yes はい

◆ Do you smoke? タバコを吸いますか

No いいえ Yes はい → 1日 _____ 本 cigarettes per day

I smoked in the past 前は吸っていた →

from age _____ 才 ~ to age _____ 才

◆ Do you drink alcohol? お酒を飲みますか

No いいえ Yes はい → Everyday 毎日 週 _____ 回 times a week

月 _____ 回 times a month

◆ What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brain disease 脳の病気 | <input type="checkbox"/> Lung disease 肺の病気 | <input type="checkbox"/> Stomach and intestinal 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"/> Tuberculosis 結核 | <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Asthma 喘息 |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure 高血圧症 | <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia 高脂血症 | <input type="checkbox"/> Thyroid disease 甲状腺の病気 |
| <input type="checkbox"/> Bladder disease 泌尿器科の病気 | <input type="checkbox"/> Rheumatism リウマチ | <input type="checkbox"/> Eczema アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> Cancer 癌 | <input type="checkbox"/> Other その他 | |

* Has this disease been cured? その病気は治りましたか

No いいえ Yes はい

◆ Have you or any of your family had the following diseases? 家族で次の病気をした人がいますか

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brain disease 脳の病気 | <input type="checkbox"/> Heart disease 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> Liver disease 肝臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核 | <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Asthma 喘息 |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure 高血圧症 | <input type="checkbox"/> Cancer 癌 | |

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

No いいえ Yes はい

◆ Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか

No いいえ Yes はい

◆ Do you have any preferences for your examination? 診察についてご希望はありますか

Thank you for your cooperation. The doctor will be with you shortly.

~ご協力ありがとうございました。診察まで少々お待ちください~