



問 診 票

◆Name / 名前	◆Date of Birth / 誕生日	◆Sex	<input type="checkbox"/> Male / 男 <input type="checkbox"/> Female / 女
◆Address / 住所		◆Phone / 電話番号	
◆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
◆What is the problem? / 今日はどうしましたか			
<input type="checkbox"/> Fever / (℃) 熱 (ねつ) がある <input type="checkbox"/> Cold / 風邪 (かぜ) <input type="checkbox"/> Itch / かゆい <input type="checkbox"/> Ringing in the ears / 耳鳴 (みみな) り <input type="checkbox"/> Ear fullness / 耳閉感 (じへいかん) <input type="checkbox"/> Stuffy nose / 鼻 (はな) づまり <input type="checkbox"/> Cough / 咳 (たん) <input type="checkbox"/> Bloody phlegm / 血痰 (けったん) <input type="checkbox"/> Chest pains / 胸痛 (きょうつう) <input type="checkbox"/> Squeezing chest pain / 胸 (むね) がしめつけられる <input type="checkbox"/> Shortness of breath / 息切 (いきぎ) れ <input type="checkbox"/> Backache / 背痛 (はいつう) * <input type="checkbox"/> Vomiting / 嘔吐 (おうと) <input type="checkbox"/> Diarrhea / 下痢 (げり) <input type="checkbox"/> Lower backache / 腰痛 (ようつう) <input type="checkbox"/> Difficulty urinating / 尿 (にょう) がでにくい <input type="checkbox"/> Feeling of incomplete urination / 残尿感 (ざんにょうかん) <input type="checkbox"/> Fainting / 失神 (しっしん) <input type="checkbox"/> Can't sleep / 眠 (ねむ) れない <input type="checkbox"/> Feel upset or distracted / イライラする <input type="checkbox"/> Numbness* / しびれ*		<input type="checkbox"/> Hey fever / 花粉症 (かふんしょう) <input type="checkbox"/> Trembling* / ふるえ* <input type="checkbox"/> Rash* / 発疹 (ほっしん) * <input type="checkbox"/> Headache / 頭痛 (づつう) <input type="checkbox"/> Runny nose / 鼻汁 (はなじり) <input type="checkbox"/> Throat hurts / のどの痛 (いた) み <input type="checkbox"/> Phlegm / 痰 (たん) <input type="checkbox"/> Heart palpitations / 動悸 (どうき) <input type="checkbox"/> Tightness in chest / 胸 (むね) が苦 (くる) しい <input type="checkbox"/> Nausea / 吐 (は) き気 (け) <input type="checkbox"/> Stomachache / 腹痛 (ふくつう) * <input type="checkbox"/> Constipation / 便秘 (べんぴ) <input type="checkbox"/> Constant urge to urinate / 頻尿 (ひんにょう) <input type="checkbox"/> Pain while urinating / 排尿痛 (はいにょうつう) <input type="checkbox"/> Blood in stool / 血便 (けつべん) <input type="checkbox"/> Bloody urine / 血尿 (けつにょう) <input type="checkbox"/> Joint pain* / 関節痛 (かんせつつう) * <input type="checkbox"/> Dizziness / めまい <input type="checkbox"/> Feel heavy or lethargic / だるい <input type="checkbox"/> Feel anxious / 何 (なに) か不安 (ふあん) <input type="checkbox"/> Night sweats / 寝汗 (ねあせ) <input type="checkbox"/> Other* / その他 (た) *	
*Please mark below where you feel the symptom *その箇所に丸印を付けてください			
			
		Front / 前	
			
		Back / 後	
◆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			
<input type="checkbox"/> No / ない <input type="checkbox"/> Yes / ある			
◆How long have you had the problem? / それはいつ頃からですか			
<input type="checkbox"/> Yesterday / きのう <input type="checkbox"/> Day before Yesterday / 一昨日 <input type="checkbox"/> 3 days ago / 3日前 <input type="checkbox"/> 1 week ago / 1週間前 <input type="checkbox"/> 1 month ago / 1か月前			
◆Do you have an illness that I am currently treating or have had in the past? 今現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか?			
<input type="checkbox"/> No / ない <input type="checkbox"/> Yes / ある			
<input type="checkbox"/> Brain disease / 脳 (のう) の病気 <input type="checkbox"/> Lung disease / 肺 (はい) の病気 <input type="checkbox"/> Stomach and intestinal disease / 胃腸 (いちじょう) の病気 <input type="checkbox"/> Liver disease / 肝臓 (かんぞう) の病気 <input type="checkbox"/> Heart disease / 心臓 (しんぞう) の病気		<input type="checkbox"/> Kidney disease / 腎臓 (じんぞう) の病気 <input type="checkbox"/> Tuberculosis / 結核 (けつかく) <input type="checkbox"/> Diabetes / 糖尿病 (とうにょうびょう) <input type="checkbox"/> Asthma / 喘息 (ぜんそく) <input type="checkbox"/> High blood pressure / 高血圧症 (こうけつあつしょう)	
		<input type="checkbox"/> Hyperlipidemia / 高脂血症 (こうしけっしょう) <input type="checkbox"/> Thyroid disease / 甲状腺 (こうじょうせん) の病気 <input type="checkbox"/> Bladder disease / 泌尿器科 (ひにょうきか) の病気 <input type="checkbox"/> Rheumatism / リウマチ <input type="checkbox"/> Eczema / アトピー性皮膚炎 (せいひふえん) <input type="checkbox"/> Cancer / 癌 (がん) <input type="checkbox"/> Other / その他 (た)	
◆Are there any medicines you are taking? / 現在飲んでいるお薬はありますか?			
<input type="checkbox"/> No / ない			
<input type="checkbox"/> Yes / ある		⇒ <input type="checkbox"/> Do you have medical notebook? / お薬手帳をお持ちですか?	
If you have it with you now, please show me medical notebook or medicine. / 持っていれば見せてください			
◆Do you have any allergies? / 薬や食べ物にアレルギーはありますか?			
<input type="checkbox"/> No / ない			
<input type="checkbox"/> Yes / ある		⇒	
◆Ask woman / 女性の方にお聞きします。			
<input type="checkbox"/> Are you pregnant? Or is chance that you are pregnant? 妊娠中ですか。その可能性がありますか。		<input type="checkbox"/> No / ない	
		<input type="checkbox"/> Yes / はい How many weeks? / ____ 週目	
<input type="checkbox"/> Are you currently breastfeeding? / 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> No / ない	
		<input type="checkbox"/> Yes / はい	