General Medical Inquiry Form 医科問診票

Year Month Day
20 年 月 日

It is very important to know your medical history and state of health. All information given here is strictly confidential.
あなたの既往症と体調を事前に把握しておく事は大切な事です。個人情報の秘匿は守られます。

General Patient Information 患者の情報

フリガナ:
Last name 姓 □ □ □ □ □ □ □ First name(s) 名

Male ◯ 男 Female ◯ 女 Occupation 職業 Nationality 国籍

Date of Birth 生年月日 Year: □□□ Month: Day:

Address in Japan 日本での住所

Language(s) 言語

Phone number 電話

E-mail/fax メール・ファックス

Chief Complaint(s) 主訴

- ◯ Fever, high temperature 熱 _____ °C
- ◯ Chills 寒気
- ◯ Headache 頭痛
- ◯ Sore throat 咽頭痛
- ◯ Runny nose 鼻水
- ◯ Cough 咳
- ◯ Rash 発疹
- ◯ Itching かゆみ
- ◯ Nausea 吐き気
- ◯ Vomiting 嘔吐
- ◯ Stomachache 腹痛
- ◯ Diarrhea 下痢
- ◯ Blood in stool 血便
- ◯ Blood in urine 血尿
- ◯ Discomfort urinating 排尿痛
- ◯ High blood pressure 高血圧
- ◯ Chest pain 胸痛
- ◯ Shortness of breath 息切れ
- ◯ Palpitations 動悸
- ◯ Dizziness めまい
- ◯ Ringing in ears 耳鳴り
- ◯ Numbness しびれ
- ◯ Swelling むくみ
- ◯ Fatigue 疲れやすい
- ◯ Weight loss/gain 体重減少・増加
- ◯ Pain in... 痛み _____
- ◯ Burns やけど
- ◯ Injury 外傷
- ◯ Sprain 捻挫
- ◯ Lump しこり
- ◯ Tumor 腫瘤
- ◯ Hemorrhoid 痔

◯ Other (please write) 他

How long have you had this? どのくらい？ ____hour(s) 時間 □□□day(s) 日間 □□□week(s) 週間 □□□month(s) ヶ月 ____year(s) 年間

Illness and Surgical History 既往歴、手術歴

Please select any illnesses you have had. 該当する疾患に印をつけて下さい

- ◯ High blood pressure 高血圧
- ◯ Diabetes 糖尿病
- ◯ Heart disease 心疾患
- ◯ Cerebrovascular disease 脳血管疾患
- ◯ Kidney disease 腎臓病
- ◯ Liver disease 肝臓病
- ◯ Thyroid problems 甲状腺異常
- ◯ Asthma 喘息
- ◯ Convulsions or Epilepsy けいれん・てんかん
- ◯ Tuberculosis 結核
- ◯ Hepatitis B or C B/C型肝炎
- ◯ HIV エイズ

◯ Other (please write) 他

Have you had any operations before? 手術暦
No ◯ Yes ◯→ What? 何の手術

Have you had a blood transfusion? 輸血暦
No ◯ Yes ◯→ What was it for? 何の為

Do you tend to bleed much? 出血傾向 No ◯ Yes ◯ Not sure ◯ わからない

Family History 家族歴

Please select any illnesses your immediate family have had. 親族での

- ◯ High blood pressure 高血圧
- ◯ Diabetes 糖尿病
- ◯ Kidney disease 腎臓病
- ◯ Liver disease 肝臓病
- ◯ Cancer 癌
- ◯ Hereditary diseases 遺伝子関連疾患

◯ Other (please write) 他

Go to REVERSE SIDE

Allergies アレルギー

Have you ever been allergic to anything? (medicine, food, other) アレルギーの有無（薬、食べ物、他）
No◯ Yes◯→ What? 何に

Have you had side effects caused by medicine? 薬の副作用の有無
No◯ Yes◯→ Which medicine? 薬名

Have you had problems after having a local or general anesthetic? 全身又は局所麻酔歴
No◯ Yes◯→ What? 何に

Questions for Women 女性への質問

Are you pregnant? 妊娠していますか
No◯ Yes◯ Not sure◯ わからない

Are you currently breastfeeding? 今、授乳中ですか
No◯ Yes◯

Are you taking contraceptive pills? 今、避妊用のピルを服用してますか
No◯ Yes◯

Medication 薬

Are you currently taking any prescribed or over-the-counter medicine(s)? 今、処方薬又は売薬を服用していますか
No◯ Yes◯→ Which medicine(s)? 何の薬を
□ □ □ ◯Bufferin ◯Aspirin ◯Warfarin ('Coumadin,' 'Warfilone,' 'Marevan')
□ □ □ ◯Other: Please write the medicine name(s). 薬名を具体的に書いて下さい

□ □ □□Why are you taking it/them? 何の為

Alcohol and Tobacco お酒とタバコ

Do you regularly drink alcohol? お酒を定期的に飲みますか
No◯ Yes◯→ How much in 1 week? 週にどのくらい？ →

1 beer (500ml)	1 glass of wine	1 measure of spirits	Other: その他
 ×___	 ×___	 ×___	
ビール500ml	グラスワイン	リキュール	

Do you smoke? タバコは吸いますか
No◯ Yes◯→ How many a day? 一日に___本 How long have you smoked? どのくらい ___months ヶ月間 ___years 年間

Did you smoke before? 以前に吸ったことありますか
No◯ Yes◯→ How many a day? 一日に___本 When did you stop? いつやめましたか ___months ago ヶ月前 ___years ago 年前

Treatment Preferences and Medical Fees 治療の希望と医療費

Do you have Japanese Health Insurance or private medical insurance? 日本の保険証又は他の私的医療保険証をお持ちですか
No◯ Yes◯

Do you only want treatment for your main problem? 現在困っている問題の治療のみ希望しますか
No◯ Yes◯ Not sure◯ わからない

Please return this form. Thank you.