

INTERNAL MEDICINE

ない か もんしんひょう
内科問診票

English
英語

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年 month 月 day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> fever(熱がある)	<input type="checkbox"/> sore throat のどが痛い	<input type="checkbox"/> cough せき	<input type="checkbox"/> headache 頭が痛い
<input type="checkbox"/> chest pain 胸が痛い	<input type="checkbox"/> rash 発疹	<input type="checkbox"/> heart palpitation 動悸	<input type="checkbox"/> shortness of breath 息切れ
<input type="checkbox"/> swelling むくみ	<input type="checkbox"/> dizziness めまい	<input type="checkbox"/> tightness in chest 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> abdominal pain お腹が痛い
<input type="checkbox"/> stomachache 胃が痛い	<input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧	<input type="checkbox"/> numbness しびれ	<input type="checkbox"/> excessive thirst 口が渇く
<input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている	<input type="checkbox"/> abdomen feels swollen お腹が張る	<input type="checkbox"/> loss appetite 食欲がない	<input type="checkbox"/> bloody stool 血便
<input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐	<input type="checkbox"/> nausea 吐き気	<input type="checkbox"/> diarrhea 下痢	
<input type="checkbox"/> weak だるい	<input type="checkbox"/> excessive fatigue 疲れやすい	<input type="checkbox"/> others その他	
How long have you had these problems? それはいつからですか			
Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から			
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬 <input type="checkbox"/> food 食べ物 <input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ヶ月 <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 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"/> high blood pressure 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気	
<input type="checkbox"/> others その他		<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒	
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			

SURGERY

げ か もん しん ひょう
外科問診票

English
英 語

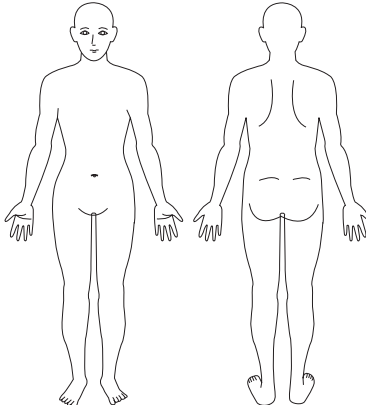
Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年

month 月

day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか			 <p>Circle on the picture. 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> fever(熱がある) <input type="checkbox"/> stomachache お腹が痛い <input type="checkbox"/> injury けが <input type="checkbox"/> burn やけど <input type="checkbox"/> lump しこり <input type="checkbox"/> numbness しびれ <input type="checkbox"/> sprain ひねった <input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている <input type="checkbox"/> itching かゆい <input type="checkbox"/> gallstone 胆石 <input type="checkbox"/> swelling 腫れ <input type="checkbox"/> hemorrhoids 痔 <input type="checkbox"/> bloody stools 血便 <input type="checkbox"/> throat(thyroid gland) のど(甲状腺) <input type="checkbox"/> hernia 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> others その他			
<input type="checkbox"/> neck 首 <input type="checkbox"/> lungs 肺 <input type="checkbox"/> breast 乳房 <input type="checkbox"/> stomach 胃 <input type="checkbox"/> Umbilicus(Navel,BellyButton) へそ <input type="checkbox"/> Intestine 腸			
How long have you had these problems? それはいつからですか Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から			
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬 <input type="checkbox"/> food 食べ物 <input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ヶ月 <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 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 ぜんそく <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 <input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒 <input type="checkbox"/> others その他			
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
If you have a letter of referral to this hospital, please answer the following questions. 紹介状のある方だけ書いてください			
Do you have a previous X-ray with you? レントゲンフィルムを持っていますか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Do you have a previous endoscope with you? 内視鏡フィルムを持っていますか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ Yes はい

☐ No いいえ

〈2/2ページ〉

ORTHOPEDICS

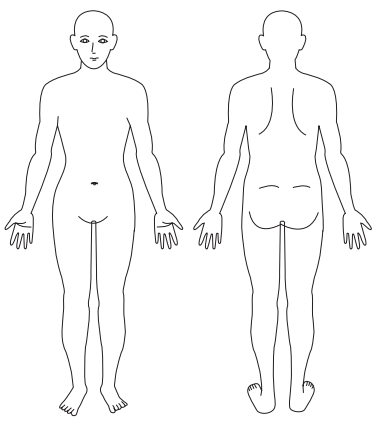
せいけい げ か もんしんひょう
整形外科問診票

English
英 語

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年 month 月 day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 言葉		

What are your symptoms? どうしましたか		 <p>Circle on the picture. 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> fever($^{\circ}\text{C}$) 熱がある <input type="checkbox"/> injury けが <input type="checkbox"/> lump しこり <input type="checkbox"/> itching かゆい <input type="checkbox"/> sprain ひねった <input type="checkbox"/> others その他		
<input type="checkbox"/> pain 痛み <input type="checkbox"/> burn やけど <input type="checkbox"/> swelling はれもの <input type="checkbox"/> numbness しびれ <input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている		
How long have you had these problems? それはいつからですか		
Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から		
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬 <input type="checkbox"/> food 食べ物 <input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> No いいえ		
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> No いいえ		
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ケ月 <input type="checkbox"/> No いいえ		
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 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 ぜんそく <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 <input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒 <input type="checkbox"/> others その他		
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくるができますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		

NEUROSURGERY

のうしんけい げ か もんしんひょう
脳神経外科問診票

English
英 語

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年 month 月 day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか				
<input type="checkbox"/> headache 頭が痛い	<input type="checkbox"/> dizziness めまい	<input type="checkbox"/> nausea 吐き気	<input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐	
<input type="checkbox"/> ringing in ears 耳鳴り	<input type="checkbox"/> stiff shoulders 肩こり	<input type="checkbox"/> numbness しびれ	<input type="checkbox"/> tremor 手足のふるえ	
<input type="checkbox"/> unconsciouness 意識がなくなる		<input type="checkbox"/> difficulty in hearing 聞こえにくい		
<input type="checkbox"/> difficulty in seeing 物が見えにくい		<input type="checkbox"/> difficulty in walking 歩きにくい		
<input type="checkbox"/> difficulty in limb movement 手足の動きが悪い		<input type="checkbox"/> others その他		
How long have you had these problems? それはいつからですか		Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から		
Have you ever bumped your head? 頭をぶつきましたか				
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から		<input type="checkbox"/> No いいえ		
What part of your head? どこをぶつきましたか		<input type="checkbox"/> front 前頭部	<input type="checkbox"/> back 後頭部	<input type="checkbox"/> right side 右横
				<input type="checkbox"/> left side 左横
Was it caused by a traffic accident? 交通事故ですか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		
A person with a headache is required to answer the following questions. 頭が痛い方への質問です				
What area of your head hurts? どこが痛みますか				
<input type="checkbox"/> front 前頭部	<input type="checkbox"/> back 後頭部	<input type="checkbox"/> right side 右横	<input type="checkbox"/> left side 左横	<input type="checkbox"/> entire head 頭全体
Type of pain? どのように痛みますか				
<input type="checkbox"/> throbbing ズキンズキン	<input type="checkbox"/> sharp/severe ガンガン	<input type="checkbox"/> like being struck with a hammer ガーンと割れるように		
<input type="checkbox"/> tingling キリキリ	<input type="checkbox"/> pricking チクチク	<input type="checkbox"/> others その他		
When is the pain worst? いつが一番痛いですか				
<input type="checkbox"/> morning 朝	<input type="checkbox"/> noon 昼	<input type="checkbox"/> evening 夕方	<input type="checkbox"/> all day 一日中	
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬		<input type="checkbox"/> food 食べ物	<input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> No いいえ
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください			<input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ケ月		<input type="checkbox"/> No いいえ		
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	

<1/2ページ>

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 <input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気 <input type="checkbox"/> asthma ぜんそく <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ
Do you drink alcohol? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ ml/a day ml/日	
Do you smoke? たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ cigarettes/a day 本/日	
<input type="checkbox"/> No いいえ		<input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Yes はい
<input type="checkbox"/> No いいえ		<input type="checkbox"/> No いいえ
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい		
<input type="checkbox"/> No いいえ		

〈2/2ページ〉

PSYCHIATRY

せいしん か もんしんひょう
精神科問診票

English
英 語

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年 month 月 day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sleep is poor 眠れない | <input type="checkbox"/> talk more than usual いつもよりよくしゃべる |
| <input type="checkbox"/> anxiety or panic attacks 不安やパニック発作 | |
| <input type="checkbox"/> hear voices even though no one is around 周りに人がいないのに声が聞こえる | |
| <input type="checkbox"/> feel depressed うつ気分 | <input type="checkbox"/> low-spirited 元気がない |
| <input type="checkbox"/> feel that someone is watching me 人に見られている気がする | <input type="checkbox"/> spirit is too high 元気が良すぎる |
| <input type="checkbox"/> become unconscious 意識がなくなる | <input type="checkbox"/> have a desire to die 死にたい |
| <input type="checkbox"/> get excited easily 興奮しやすい | <input type="checkbox"/> be compelled to violence 暴力をふるう |
| <input type="checkbox"/> others その他 | |

How long have you had these problems? それはいつからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ Yes はい → ☐ medication 薬 ☐ food 食べ物 ☐ others その他 ☐ No いいえ

Name of attendant 付添者の氏名

Relationship with you 本人との関係 ☐ family 家族 ☐ friend 友人 ☐ other その他 → ()

Who suggested that you visit us today? 本日の受診はどなたの意志ですか

☐ you 本人 ☐ family 家族 ☐ friend 友人 ☐ police 警察 ☐ colleague/co-worker 勤務先の人
☐ other その他 → ()

What is the purpose of today's visit? 本日の受診の目的は何ですか

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> diagnosis 診断 | <input type="checkbox"/> get medical certificate 診断書 |
| <input type="checkbox"/> treatment 治療 | <input type="checkbox"/> hospitalization 入院 |
| <input type="checkbox"/> to be introduced to another institution 紹介 | <input type="checkbox"/> get a second opinion セカンドオピニオン |
| <input type="checkbox"/> other その他 → () | |

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

☐ Yes はい → _____ months ケ月 ☐ No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have any other illnesses currently under treatment? 現在治療中の病気はありますか

☐ Yes はい → name of medical institution 医療機関名 ☐ No いいえ

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

☐ Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください ☐ No いいえ

What illnesses have you had in the past? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dementia <small>にんちしょう 認知症</small> | <input type="checkbox"/> alcohol or drug dependence <small>アルコールや薬物依存</small> |
| <input type="checkbox"/> mood disorder <small>きぶんしょうがい 気分障害</small> → <input type="checkbox"/> mania <small>そうびょう 躁病</small> | <input type="checkbox"/> manic-depressive psychosis <small>そうつびょう 躁鬱病</small> |
| <input type="checkbox"/> panic <small>パニック</small> | <input type="checkbox"/> depression <small>うつびょう 鬱病</small> |
| <input type="checkbox"/> personality disorder <small>しょうがい パーソナリティ障害</small> | <input type="checkbox"/> insomnia <small>ふみんしょう 不眠症</small> |
| <input type="checkbox"/> mental retardation <small>せいしんちたい 精神遅滞</small> | <input type="checkbox"/> developmental disorder <small>はったつしょうがい 発達障害</small> |
| <input type="checkbox"/> schizophrenia <small>とうごうしつちょうしょう 統合失調症</small> | <input type="checkbox"/> epilepsy <small>てんかん ちゅういけっかん じょ た どうせいしょうがい</small> |
| <input type="checkbox"/> schizophrenia <small>とうごうしつちょうしょう 統合失調症</small> | <input type="checkbox"/> ADHD <small>ちゅういけっかん じょ た どうせいしょうがい</small> |
| <input type="checkbox"/> others <small>た</small> その他 → () | |

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? こんご つうやく じぶん 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- ☐Yes はい ☐No いいえ

〈2/2ページ〉

PEDIATRICS

しょうに か もんしんひょう
小児科問診票

English
英語

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year ねん 年

month がつ 月

day 日にち 日

Child's name 子どもの名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Age 年齢 _____ years-old 才
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"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		
Nationality 国籍		Language 言葉		

What are your symptoms?(your child) どうしましたか

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> fever(°C) 熱がある | <input type="checkbox"/> sore throat のどが痛い | <input type="checkbox"/> cough せき | <input type="checkbox"/> spasm ひきつけをおこす |
| <input type="checkbox"/> moody/inactive 元気がない | <input type="checkbox"/> irritable 機嫌が悪い | <input type="checkbox"/> swelling むくみ | <input type="checkbox"/> headache 頭が痛い |
| <input type="checkbox"/> abdominal pain お腹が痛い | <input type="checkbox"/> chest pain 胸が痛い | <input type="checkbox"/> rash 発しん | <input type="checkbox"/> stomachache 胃が痛い |
| <input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐 | <input type="checkbox"/> loss of appetite(low milk intake) 食欲がない | <input type="checkbox"/> nausea 吐き気 | <input type="checkbox"/> bloody stool 血便 |
| <input type="checkbox"/> insufficient weight gain 体重の増加不良 | <input type="checkbox"/> diarrhea 下痢 | | |
| <input type="checkbox"/> others その他 | | | |

How long have you had these problems? それはいつからですか Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- ☐ Yes はい → ☐ medication 薬 ☐ egg 卵 ☐ milk 牛乳 ☐ others food その他の食べ物 ☐ others その他 ☐ No いいえ

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

- ☐ Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください ☐ No いいえ

What kind of internal medicine can you (he. she) take? どんな種類の薬が飲めますか

- ☐ syrup シロップ ☐ powder 粉薬 ☐ tablet or capsule 錠剤またはカプセル

How was the delivery? 出産の時のようす

baby's weight _____ g 赤ちゃんの体重 mother's age _____ 母親の年齢

☐ normal delivery 正常分娩 ☐ abnormal delivery 異常分娩 ☐ Caesarean section 帝王切開

vaccination(history) 接種済み予防接種

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hib(Haemophilus influenzae type b) ヒブ | <input type="checkbox"/> Pneumococcus 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> polio ポリオ |
| <input type="checkbox"/> DPT(triple combined vaccine) 三種混合 | <input type="checkbox"/> BCG BCG | |
| <input type="checkbox"/> DPT-IPV (Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Inactivated Poliovirus Vaccine) 四種混合 | <input type="checkbox"/> mumps おたふく風邪 | |
| <input type="checkbox"/> Measles-Rubella Vaccine(MR) 麻疹・風しん混合 | <input type="checkbox"/> chicken pox 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> others その他 |
| <input type="checkbox"/> Japanese Encephalitis 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> Rotavirus ロタウィルス | |

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> rubella 風しん | <input type="checkbox"/> chicken pox 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> measles 麻疹 | <input type="checkbox"/> asthma ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> mumps おたふく風邪 | <input type="checkbox"/> whooping cough 百日ぜき | <input type="checkbox"/> appendicitis 虫垂炎 | <input type="checkbox"/> MCLS(Kawasaki disease) 川崎病 |
| <input type="checkbox"/> exanthema subitum 突発性発しん | <input type="checkbox"/> Japanese Encephalitis 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> seizures 熱性けいれん | |
| <input type="checkbox"/> others その他 | | | |

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

DERMATOLOGY

ひ ふ か もんしんひょう
皮膚科問診票

English
英語

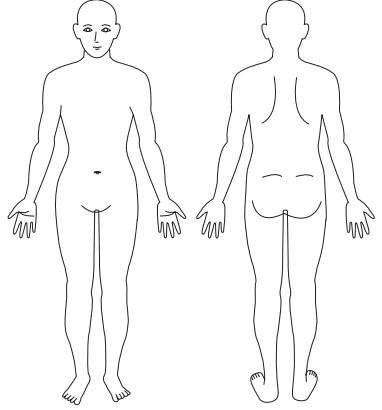
Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年

month 月

day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 言葉		

What are your symptoms? どうしましたか		 <p>Circle on the picture. 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> fever(℃) 熱がある <input type="checkbox"/> pain 痛い <input type="checkbox"/> itching かゆい <input type="checkbox"/> burn やけど <input type="checkbox"/> rash 発しん <input type="checkbox"/> eczema 湿しん <input type="checkbox"/> bruising あざ <input type="checkbox"/> mole ほくろ <input type="checkbox"/> liver spots しみ <input type="checkbox"/> athlete's foot 水虫 <input type="checkbox"/> oozing じくじくしている <input type="checkbox"/> others その他		
How long have you had these problems? それはいつからですか		
Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から		
Have the symptoms changed? その症状は変化していますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬 <input type="checkbox"/> food 食べ物 <input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> No いいえ		
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> No いいえ		
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ケ月 <input type="checkbox"/> No いいえ		
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 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 ぜんそく <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 <input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒 <input type="checkbox"/> others その他		
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		

OBSTETRICS and GYNECOLOGY

さん ふ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票English
英 語Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年

month 月

day 日

Name 名前		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年 _____ month 月 _____ day 日	Phone 電話	
Address 住所			
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		
Nationality 国籍		Language 言葉	
Height 身長	_____ cm	Weight 体重	_____ kg

What are your symptoms? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> pregnancy 妊娠	<input type="checkbox"/> irregular period 月経の異常	<input type="checkbox"/> vaginal discharge おりもの	<input type="checkbox"/> lower abdominal pain 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> irregular genital bleeding 不正性器出血	<input type="checkbox"/> polyps ポリープ	<input type="checkbox"/> tumour 卵巣のう腫瘍	
<input type="checkbox"/> vaginal itching 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> uterine fibroids 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> pap smear がん検診	
<input type="checkbox"/> sterility 不妊症	<input type="checkbox"/> anemia 貧血	<input type="checkbox"/> others その他	
Menstrual history 生理について			
When did your first period start? 初めて生理があったのはいつですか		age _____ years 才	
When was your menopause? 閉経はいつですか		age _____ years 才	
Are your periods regular? 生理は順調ですか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Intervals 周期について	<input type="checkbox"/> 28days 28日型 <input type="checkbox"/> 30days 30日型	<input type="checkbox"/> _____ days 日型	<input type="checkbox"/> irregular 不順
Periods 生理の期間について	_____ days 日間		
Menstrual flow 生理の量について	<input type="checkbox"/> heavy 多い <input type="checkbox"/> normal 普通 <input type="checkbox"/> light 少ない		
Do you suffer from any pain during your period? 生理痛はありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Date of your last period. 最終月経は		_____ month 月 _____ day 日	
Have you ever had sexual intercourse? 性交経験はありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
History of pregnancy 妊娠した回数			
<input type="checkbox"/> pregnancy 妊娠 _____ times 回			
<input type="checkbox"/> delivery 分娩 _____ times 回 → <input type="checkbox"/> normal 正常分娩 _____ times 回 <input type="checkbox"/> abnormal 異常分娩 _____ times 回			
<input type="checkbox"/> miscarriage 流産 _____ times 回 → <input type="checkbox"/> natural abortion 自然流産 _____ times 回 <input type="checkbox"/> abortion 人工流産 _____ times 回			
<input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> ectopic pregnancy 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> hydatidiform mole 胎状奇胎			
Do you want to deliver your infant at this hospital? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬 <input type="checkbox"/> food 食べ物 <input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> No いいえ			
Have you ever had a pap smear? がん検診を受けたことがありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日 <input type="checkbox"/> No いいえ			

<1/2ページ>

What illnesses have you had in the past? ^{いま}今までにかかった ^{びょうき}病気はありますか

☐ stomach and intestinal disorder 胃腸の病気
☐ kidney disease 腎臓の病気
☐ high blood pressure 高血圧症
☐ others その他

☐ tuberculosis 結核
☐ AIDS/HIV エイズ

☐ liver disease 肝臓の病気
☐ diabetes 糖尿病
☐ thyroid problems 甲状腺の病気

☐ heart disease 心臓の病気
☐ asthma ぜんそく
☐ venereal disease 性病

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
---	---------------------------------	---------------------------------

Family's medical history : Fill out family's age and check(✓) any diseases they had. 家族の病歴

[illegible]

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ Yes はい ☐ No いいえ

OPHTHALMOLOGY

がん か もんしんひょう
眼科問診票

English
英語

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年

month 月

day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 言葉		

What are your symptoms? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> right eye 右眼	<input type="checkbox"/> left eye 左眼	<input type="checkbox"/> both eyes 両眼	<input type="checkbox"/> tearing 涙が出る
<input type="checkbox"/> pain 痛い	<input type="checkbox"/> mucous discharge 目やに	<input type="checkbox"/> swelling はれもの	<input type="checkbox"/> itching かゆい
<input type="checkbox"/> something stuck in the eye ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> blurred vision 見えにくい	<input type="checkbox"/> sensitivity to light まぶしい	<input type="checkbox"/> others その他
<input type="checkbox"/> double vision 物が二重に見える			
How long have you had these problems? それはいつからですか			
Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から			
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい →	<input type="checkbox"/> medication 薬	<input type="checkbox"/> food 食べ物	<input type="checkbox"/> others その他
		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい →		If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください	
		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい →		_____ months ケ月	
		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 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"/> high blood pressure 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気	
<input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒		
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
Does anyone in your family have eye diseases? 家族で目の病気の人がありますか			
<input type="checkbox"/> Yes いる → who? 誰が		what? それはどんな病気ですか	
<input type="checkbox"/> No いない			
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	

OTOLARYNGOLOGY (EAR, NOSE AND THROAT)

じ び いん とう か もん しん ひょう
耳鼻咽喉科問診票

English
英 語

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年

month 月

day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか				
<input type="checkbox"/> I have a fever. (℃) 熱がある		<input type="checkbox"/> My head feels heavy. 頭が重い		
<input type="checkbox"/> I have a headache. 頭が痛い				
ear problems 耳の症状				
<input type="checkbox"/> right 右	<input type="checkbox"/> left 左	<input type="checkbox"/> both 両方	<input type="checkbox"/> earache 耳が痛い	
<input type="checkbox"/> discharge 耳だれ	<input type="checkbox"/> ringing in the ears 耳なり	<input type="checkbox"/> wax build up 耳あか	<input type="checkbox"/> feel dizzy めまい	
<input type="checkbox"/> difficulty in hearing 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> plugged ears 耳がふさがった感じ			
nose problems 鼻の症状				
<input type="checkbox"/> stuffiness 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> runny nose 鼻がでる	<input type="checkbox"/> sneezing くしゃみ	<input type="checkbox"/> bleeding 鼻血	
<input type="checkbox"/> snoring いびき	<input type="checkbox"/> inability to smell においがわからない			
throat problems のどの症状				
<input type="checkbox"/> sore tongue 舌が痛い	<input type="checkbox"/> sore throat のどが痛い	<input type="checkbox"/> coughing せき	<input type="checkbox"/> phlegm たん	
<input type="checkbox"/> feeling as if something is stuck in throat のどに何かある感じ		<input type="checkbox"/> hoarseness 声がかわる		
<input type="checkbox"/> difficulty in swallowing 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> swollen face/neck 顔・頸部(くび)の腫れ			
<input type="checkbox"/> others その他				
How long have you had these problems? それはいつからですか		Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から		
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬 <input type="checkbox"/> food 食べ物 <input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> No いいえ				
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> No いいえ				
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ヶ月 <input type="checkbox"/> No いいえ				
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Do you drink alcohol? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ ml/a day ml/日		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Do you smoke? たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ cigarettes/a day 本/日		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ				

DENTISTRY

し か もんしんひょう
歯科問診票

English
英 語

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年

month 月

day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 言葉		

What are your symptoms? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> toothache 歯が痛い <input type="checkbox"/> new dentures 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> crooked teeth 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> teeth cleaning 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> filling fell out つめ物がとれた <input type="checkbox"/> broken dentures 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> teeth check-up 検診 <input type="checkbox"/> bad breath 口臭
<input type="checkbox"/> gums hurt 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> cavity 虫歯を治してほしい <input type="checkbox"/> others その他	
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬 <input type="checkbox"/> food 食べ物 <input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> No いいえ	
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Have you ever had a tooth removed? 歯を抜いたことがありますか	
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ケ月 <input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか	
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 <input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気 <input type="checkbox"/> asthma ぜんそく <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Your preferences for treatment 治療に対する希望	
<input type="checkbox"/> I want to have all of my teeth problems fixed. 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> I prefer to have only my painful teeth treated right now. 今痛い歯だけを治したい <input type="checkbox"/> I'll pay the full amount. 自費診療でもかまわない <input type="checkbox"/> I want to have treatment within the limits of my health insurance coverage. 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> I want to decide the treatment after consulting with the doctor. 相談して決めたい	
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	

