

SURGERY

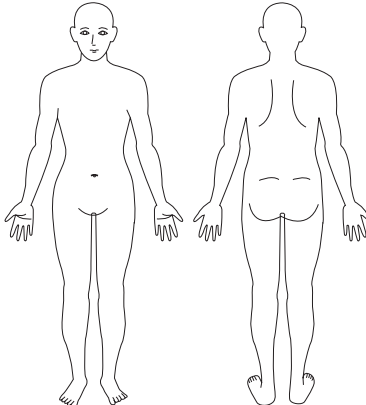
げ か もんしんひょう
外科問診票

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 ねん 年 month がつ 月 day 日にち 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(°C) 熱がある <input type="checkbox"/> burn やけど <input type="checkbox"/> sprain ひねった <input type="checkbox"/> gallstone 胆石 <input type="checkbox"/> bloody stools 血便 <input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> stomachache お腹が痛い <input type="checkbox"/> lump しこり <input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている <input type="checkbox"/> swelling 腫れ <input type="checkbox"/> throat(thyroid gland) のど(甲状腺)		<input type="checkbox"/> injury けが <input type="checkbox"/> numbness しびれ <input type="checkbox"/> itching かゆい <input type="checkbox"/> hemorrhoids 痔 <input type="checkbox"/> hernia 脱腸(ヘルニア)
<input type="checkbox"/> neck 首 <input type="checkbox"/> stomach 胃	<input type="checkbox"/> lungs 肺 <input type="checkbox"/> Umbilicus(Navel,BellyButton) へそ		<input type="checkbox"/> breast 乳房 <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"/> 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"/> tuberculosis 結核 <input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<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	
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? こんご つうやく じぶん つ 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〉