

< 問 診 票 > (medial questionnaire)

(カガナ) name 氏 名		sex 性 別	M・F 男・女
Date of Birth 生年月日	Day(日) / Month(月) / Year(年)	age 年 齢	
address 住 所		phone 電 話	
occupation 職業(具体的に)		fever 熱	°C

Q.今日はどんな症状で来院されましたか？(What symptoms do you have?)

発熱(fever) ・ 咳(cough) ・ 鼻水(nasal mucus) ・ 頭痛(headache) ・
 のどの痛み(sore throat) ・ 腹痛(stomachache) ・ 下痢(diarrhea) ・
 吐き気(nausea) ・ 悪寒(chill) ・ 発疹(rash)
 その他(other) (具体的に(concretely) :)

Qその症状はいつごろからですか？(How long have you had these symptoms?)

Q過去1か月の海外への渡航歴は？(Did you go abroad in the past one month?)

ある(yes) ・ ない(no)

(国名は？/which country?)

Q現在、他の医療機関にかかっていますか？

(Are you under other doctor' s cure?)

いる(yes) ・ いない(no)

(病名/飲んでいる薬) (name of the disease / medicine you are taking)

Q今までに入院、手術をしたことはありますか？

(Have you ever been in a hospital or had any operation?)

ある(yes) ・ ない(no)

(病名/何歳頃?) (name of the disease / when: you are _____ years old)

Q薬のアレルギーはありますか？(Do you have any medication allergies?)

ある(yes) ・ ない(no)

(薬の名前) (name of the medication)

Q ぜんそく、花粉アレルギー-はありますか？(Do you have asthma or any pollen allergies?)

ある(yes) • ない(no)

(何のアレルギーか?) (what allergies?)

Q 輸血をしたことはありますか？(Have you ever had a blood transfusion?)

ある(yes) • ない(no)

Q. (女性の方) 現在妊娠(または可能性)していますか？

(for women only) Are you pregnant or is there possibility that you are?

いる(yes) • いない(no)

身長(height) _____ c m 体重(weight) _____ k g

尿(urine) _____ 回(times)/日(day) 便(stool) _____ 回(times)/日(day)

食欲(appetite) _____ ある(good) • ない(bad)

睡眠(sleep) _____ よい(good) • わるい(bad)

飲酒(drinking) _____ 回(times)/週(week) 量は(How much?) _____

タバコ(smoking) _____ 本(piece)/日(day)

(since you are _____ 才(years old) for _____ 年間(years))