

# Medical Questionnaire

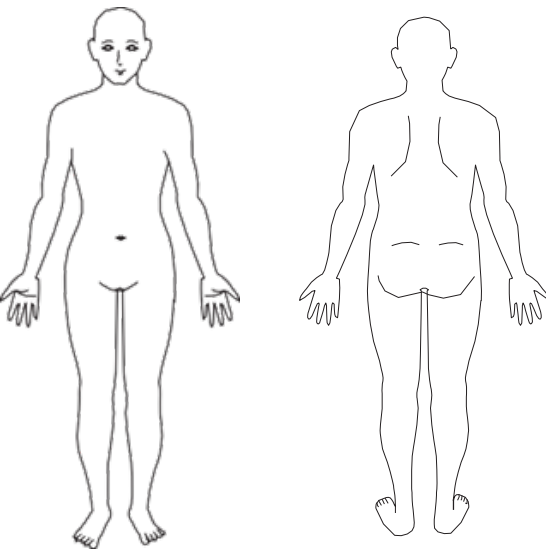
## 問診票

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

Name 名前 (なまえ)		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of Birth 生年月日	____ Year 年 ____ Month 月 ____ Day 日	Phone number 電話番号	
Do you have health insurance? 健康保険証を持っていますか?		<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
weight 体重	_____ kg		
Address in Japan 住所			

What branch would you like a medical examination from today? (今日は何科の診察をご希望ですか?)	<input type="checkbox"/> Dermatology 皮膚科 <input type="checkbox"/> Urology 泌尿器科 <input type="checkbox"/> Surgery 外科
--	--

What symptoms do you have? (Check all that apply below) どのような症状ですか?(下記から選んでください)	Where are your symptoms located? Please circle the affected areas on the diagram below. どの部位の症状ですか? (下記から○を付けてください)
--	--

<input type="checkbox"/> Fever 発熱 <input type="checkbox"/> Pain 痛み <input type="checkbox"/> Stinging ビリビリする <input type="checkbox"/> Burn 火傷 <input type="checkbox"/> Mole ほくろ <input type="checkbox"/> Itchiness かゆい <input type="checkbox"/> Rash 発疹 <input type="checkbox"/> Eczema 湿疹 <input type="checkbox"/> Insect bite or sting 虫に刺された <input type="checkbox"/> Athlete's foot 水虫 <input type="checkbox"/> Oozing sores じくじくしている <input type="checkbox"/> Hives じんましん <input type="checkbox"/> Wart いぼ <input type="checkbox"/> Pimples にきび <input type="checkbox"/> Boil できもの <input type="checkbox"/> Dry Skin 皮膚の乾燥 <input type="checkbox"/> Atopic symptoms アトピー <input type="checkbox"/> Frequent urination 頻尿 <input type="checkbox"/> Bloody urine 血尿 <input type="checkbox"/> Urinary incontinence 尿失禁 <input type="checkbox"/> Pain when urinating 排尿時痛 <input type="checkbox"/> Pus in urine 尿に膿が出る <input type="checkbox"/> Phimosis 包茎 <input type="checkbox"/> I was advised by another clinic/hospital(or regular check-up) to come here. 他の医療機関から勧められた(検診含む) <input type="checkbox"/> Other	
---	--

How long have you had these problems? その症状はいつからですか?

Since \_\_\_\_\_ Year 年 \_\_\_\_\_ Month 月 \_\_\_\_\_ Day 日

Have the symptoms changed? その症状は変化していますか?

Yes はい       No いいえ

Are you currently undergoing treatment for any diseases? 現在治療している病気はありますか?

Yes はい      →Disease/病名 \_\_\_\_\_

No いいえ

Are you allergic to any foods or medications? 薬や食べ物でアレルギーがありますか?

Yes はい      →  Medication 薬 ( \_\_\_\_\_ )

Food 食べ物 ( \_\_\_\_\_ )

Other その他 ( \_\_\_\_\_ )

No いいえ

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

Yes はい → Please show us the medications if you have them with you. 持っていれば見せてください

No いいえ

Have you previously had any of the diseases listed below? 今までにかかった病気はありますか?

Gastrointestinal disease 胃腸の病気     Liver disease 肝臓の病気     Heart disease 心臓の病気

Kidney disease 腎臓の病気     Respiratory disease 呼吸器の病気     Blood disease 血液の病気

Brain/neurological disease 脳・神経系の病気     Cancer 癌     Diabetes 糖尿病

Thyroid gland disease 甲状腺の病気

Other その他 ( \_\_\_\_\_ )

※Questions for women

Is there a possibility that you are pregnant? 妊娠していますか？またはその可能性はありますか？

Yes はい → \_\_\_\_\_ months pregnant/ \_\_\_\_\_ か月

I do not know. わからない

No いいえ

Are you breastfeeding? あなたは授乳中ですか？

Yes はい

No いいえ

Will you be able to bring an interpreter with you in the future ?

あなたは今後通訳を自分で連れてくることは可能ですか？

Yes はい

No いいえ

Thank you for answering the questions.

Please return this form to the receptionist and wait until they call your name.