Talatanungan sa Panloob na Gamot/Internal Medicine Questionnaire/内科　問診票

Pangalan ng pasyente/Name of patient /患者氏名		Para sa mga tauhan lamang/For staff only /医療機関記入欄	BT= ℃ PR= min../min./分 BP= mmHg/mmHg RR= min./min./分 SPO2= %
Araw ng kapanganakan /Date of birth /生年月日（西暦）	taon/Year /年 (buwan/Month/ 月 Araw /Day/日 Taong gulang/Years old/歳）		
Taas/Timbang/Height/Weight/身長・体重	cm /cm kg/kg	kasarian/Sex/性別	☐ Lalaki/Male/男性 ☐Babae /Female/女性
Mga allergy/Allergies /アレルギーの有無	☐ (mga) pagkain/Food(s)/食べ物: ☐ Gamot/Medicine/薬:		

Ano ang problema sa ngayon? (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop.)/What is the problem today?(Check all that apply.)
/今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）

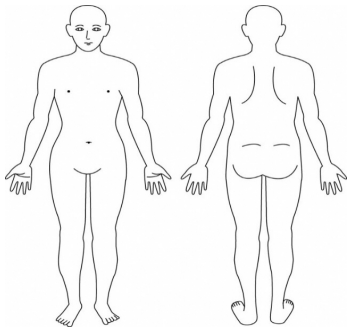
☐ Lagnat/Fever/発熱	☐ Ubo/Cough /咳	☐ Tumutulong sipon /Runny nose/鼻水	☐ Plema/Phlegm/痰	☐ Nahihirapang huminga/Difficulty breathing /息が苦しい	☐ Palpitasyon/Palpitation /動悸
☐ Nakakaramdam ng pagkahilo/Feel sulggish /身体がだるい	☐ Madaling mapagod/Get easily tired /疲れやすい	☐ Kinakapos na paghinga/Shortness of breath/息切れ	☐ Pagkahilo/Dizziness /めまい	☐ Walang ganang kumain /Loss of appetite /食欲がない	☐ Pagsusuka/Vomiting/嘔吐
☐ Duguan ang dumi/Bloody stool /血便	☐ Madalas na pag-ihi /Frequent urination /頻尿	☐ Duguang ihi /Bloody urine/血尿	☐ Pagbaba ng timbang/Weight loss /体重減少	☐ Nauuhaw/Feel thirsty /喉が渇く	☐ Alta-presyon/Hypertension /高血圧
☐ Paralisis /Paralysis/麻痺	☐ Pamamaga/Swelling /むくみ	☐ Mga pantal/Hives /じんましん	☐ Hindi pagkakatulog/Insomnia /不眠	☐ Pamamanhid/Numbness/ しびれ	☐ Pagduduwal/Nausea /吐き気
☐ Pagtatae/Diarrhea /下痢	☐ Pangangati/Itchiness /かゆみ	☐ Sakit/Pain/痛み	☐ Ako ay pinayuhan ng isa pang klinika/ospital (o sa isang regular na check-up) na pumunta dito. /I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here. /他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む）		☐ Iba pa/Other(s) /その他：

Suriin ang lahat ng naaangkop sa iyong dumi../Check all that apply about your stool.
/便の性状に☑してください。

☐ Kulay abo puti /Grayish white /灰白色	☐ kayumanggi/Brown/茶色	☐ Itim/Black/黒色	☐ Duguan/Bloody/血便	☐ Matubig/Watery/水様	☐ Malambot/Soft/軟便
☐ Normal/Normal/普通	☐ Matigas/Hard /硬い便	Dalas ng pagdumi bawat araw/Stool frequency per day/一日の排便回数： * beses/araw/time(s)/day/回/日			

Ilarawan ang iyong mga sintomas./Describe your symptoms.
/症状についてご質問します。

Bilugan ang lugar kung saan mo nararanasan ang sintomas.
/Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に〇を付けて下さい。



Kailan nangyayari ang sintomas?/When does the symptom occur?
/症状はどのようなときに現れますか。

☐ Umaga/Morning/朝	☐ Araw/Daytime /昼	☐ Gabi/Evening /夕方	☐ Habang nasa kama/While in bed /就寝中
☐ Pag gising/When waking up /起床時	☐ paliban-liban/Irregular /不定期	☐ Iba pa/Other(s) /その他：	

Ano ang sintomas?/What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- ☐ pare-pareho/Constant/絶え間なく、続いている
- ☐ Dumarating at nawawala ang sintomas/The symptom comes and goes /症状が出たり消えたりしている
- ☐ Ang sintomas ay unti-unting lumalala/The symptom is gradually worsening /徐々にひどくなってきている
- ☐ Iba pa/Other(s)/その他

Kung ilalarawan mo ang sintomas sa sukat na 1 - 10, gaano ito kalubha? Bilugan ang numero sa ibaba./If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below./その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか？下の数字のところに〇を付けてください。

Hindi gaano/Not at all/全くない　　Pinaka matindi/Most severe/最も激しい

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

Kailan nagsimula ang sintomas?/When did the symptom start?
/この症状はいつからありますか。

taon /Year /年 _____ buwan/Month /月 _____ Araw/Day /日 _____ Mula sa/From about 午前・午後 _____ : _____ am/am/pm/pm 時 分ごろから

Kasalukuyan ka bang umiinom ng anumang gamot, kabilang ang bitamina at nutritional supplement? /Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement? /現在、飲んでいる薬はありますか？　※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

☐ Hindi/No /いいえ　☐ Oo/Yes /はい

***Ipakita sa amin ang iyong talaan ng gamot o gamot (notebook).**
/Show us your medication or medication record (notebook).
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Pangalan ng mga gamot/Name of medications/お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot/How to take or use your medication/飲み方・使い方		Pangalan ng mga gamot /Name of medications /お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot/How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Ikaw ba ay nasa ilalim ng o napailalim sa pangangalaga ng isang doktor noong nakaraan?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Kung nilagyan mo ng check ang "Oo", piliin ang kundisyon mula sa listahan, at isulat ang pangalan ng ospital kung saan ka tumanggap ng paggamot./If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Pangalan ng sakit (Isulat ang numero mula sa sumusunod na listahan) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名（下記リスト番号可）		Pag-unlad ng paggamot/Treatment progress /治療経過	Pangalan ng ospital/Hospital name /医療機関名
		☐ Gumaling/Recovered/治癒 ☐ Kasalukuyang Ginagamot/Under treatment/現在治療中 ☐ Hininto ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断 ☐ Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
		☐ Gumaling/Recovered/治癒 ☐ Kasalukuyang Ginagamot/Under treatment/現在治療中 ☐ Hininto ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断 ☐ Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
		☐ Gumaling/Recovered/治癒 ☐ Kasalukuyang Ginagamot/Under treatment/現在治療中 ☐ Hininto ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断 ☐ Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
		☐ Gumaling/Recovered/治癒 ☐ Kasalukuyang Ginagamot/Under treatment/現在治療中 ☐ Hininto ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断 ☐ Hindi ginagamot/Untreated/未治療	

＜Listahan ng mga sakit/List of diseases/疾患リスト＞

Sistema ng sakit/System of disease /疾患の系統		Mga pangalan ng sakit/Disease names /疾患名				
①	Sakit sa pagtunaw/Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer/Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Hepatitis/Hepatitis /肝炎	c. Hepatic cirrhosis /Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Iba pa/Others/その他	
②	Sakit sa sistema ng sirkulasyon /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Alta-presyon/Hypertension /高血圧	b.Angina pectoris /Atake sa puso /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c.Arrhythmia /Arrhythmia /不整脈	d. Heart failure /Heart failure/心不全	e. Iba pa/Others/その他
③	Sakit sa paghinga /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Hika/Asthma/喘息	b. Chronic obstructive pulmonary disease /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Pulmonya/Pneumonia /肺炎	d.Tuberculosis sa baga/Pulmonary tuberculosis /肺結核	e. Iba pa/Others/その他
④	Sakit sa bato at urological /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a.Talamak na pagkabigo sa bato /Chronic renal failure /慢性腎不全	b.Bato sa bato/ihi /Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c.Impeksyon sa daluyan ng ihi /Urinary tract infection /尿路感染症	d. Iba pa/Others/その他	
⑤	Sakit sa utak at nervous system/Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction/Cerebral infarction /脳梗塞	b. Pagdurugo sa utak/Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Epilepsy/Epilepsy /てんかん	d. Iba pa/Others/その他	
⑥	Endocrine o metabolic disease/Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus/Diabetes mellitus /糖尿病	b. Hyperlipidemia/Hyperlipidemia /高脂血症	c. Malfunction ng thyroid gland /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Hyperuricemia/Hyperuricemia /高尿酸血症	e. Iba pa/Others/その他
⑦	Sakit sa buto o kalamnan /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis/Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Osteoporosis/Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Osteoarthritis/Osteoarthritis /変形性膝関節症	d.Herniated intervertebral disc /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア	e. Gout/Gout/痛風
		f. Iba pa/Others/その他				
⑧	Sakit sa Obstetrics at ginekolohiya/Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /Uterine fibroids /子宮筋腫	b.Dysmenorrhea /Dysmenorrhea /月経困難症	c. Baog/Infertility/不妊症	d. Iba pa/Others/その他	
⑨	Sakit sa mata/Eye disease /眼の疾患	a. Katarata/Cataract /白内障	b. Glaucoma/Glaucoma /緑内障	c. Retinopathy /Retinopathy/網膜症	d. Iba pa/Others/その他	
⑩	Malignant na tumor/Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Kanser sa tiyan /Stomach cancer/胃がん	b. Kanser sa bituka/Colon cancer/大腸がん	c. Kanser sa atay/gallbladder/pancreatic /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. Cancer sa suso/Breast cancer /乳がん	e. Kanser sa matris /Uterine cancer /子宮がん
		f. Kanser sa baga /Lung cancer/肺癌	g. Iba pa/Others/その他			
⑪	Sakit sa utak/Mental disease /精神の疾患	a. Depresyon/Depression /うつ病	b. Schizophrenia/Schizophrenia /統合失調症	c. Iba pa/Others /その他		
⑫	Sakit sa tainga, mata, o lalamunan /ENT disease /耳鼻科の疾患	a.May kapansanan sa pandinig/Impaired hearing /難聴	b. Pagkahilo/Dizziness /めまい	c. Ingay sa tenga /Ear noise/耳鳴	d. Allergy sa pollen/Pollen allergy/花粉症	e.Iba pa/Others/その他
⑬	Sakit sa dugo /Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/Anemia/貧血	b. Leukemia/Leukemia /白血病	c.Iba pa/Others /その他		
⑭	Sakit sa balat /Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis/Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Alipunga (athlete's foot) /Tinea (athlete's foot) /白癬症（水虫）	c. Iba pa/Others /その他		

Naoperahan ka na ba?/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Kung nilagyan mo ng check ang "Oo", isulat ang kasaysayan ng iyong operasyon./If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Mga pangalan ng sakit/Disease names /疾患名	Pangalan ng iyong operasyon /Name of your surgery/手術名	Kailan ka inoperahan/When you had the surgery /手術をした時期	Ospital kung saan ka nagkaroon ng operasyon/Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※Kung hindi ka sigurado tungkol sa eksaktong petsa ng operasyon, isulat ang taon o edad.
/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

Regular ka bang naninigarilyo?/Do you smoke regularly?
/習慣的に、たばこを吸いますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい ☐ Dating naninigarilyo/Used to smoke /以前吸っていた

Pagkonsumo ng sigarilyo /Cigarette consumption/喫煙量	Tagal ng paninigarilyo/Duration of smoking /喫煙期間	Taon kung kailan ka tumigil sa paninigarilyo /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____sigarilyo/Araw /cigarettes/Day /本/日	_____taon/Year/年	_____taon/Year/年 _____buwan/Month/月

***Kung mayroon ka pa ring ugali sa paninigarilyo, iwang blangko ang tanong tungkol sa taon na huminto ka sa paninigarilyo.**
/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

Regular ka bang umiinom?/Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい ☐ Dating umiinom/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

☐ Beer/Beer/ビール	_____ml /Araw/ml /Day/日	☐ Whisky/Whisky/ウイスキー	_____ml /Araw/ml /Day/日
☐ /Japanese sake /Japanese sake/日本酒	_____ml /Araw/ml /Day/日	☐ alak/Wine/ワイン	_____ml /Araw/ml /Day/日
☐ Iba pa/Other(s)/その他	_____ml /Araw/ml /Day/日		

Kung babae, sagutin ang mga tanong sa ibaba. Buntis ka ba, o posibleng buntis ka?/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい ☐ Hindi alam/Do not know/わからない

nagpapasuso ka ba?/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Kung mayroon kang espesyal na kahilingan tungkol sa konsultasyon, lagyan ng check ang kahon./If you have a special request concerning the consultation, check the box.
/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

☐ Gusto kong malaman nang maaga ang aking tinantyang gastos sa pagpapagamot./I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてほしい。

☐ Gusto kong magkaroon ng interpreter kung may available na serbisyo ng interpreter/I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。