

患者氏名：

患者 ID：

**Medical Questionnaire (Internal Medicine)/内科 問診票**

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

<b>Patient name/ 患者氏名</b>		<b>Date/ 日付</b>	year	month	day
			/ 年	/ 月	/ 日
<b>Date of birth/ 生年月日</b>	year/ 年	month/ 月	day/ 日	<b>Sex/ 性別</b>	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
<b>Height and weight/ 身長・体重</b>	cm	kg	<b>Age/ 年齢</b>	years old/ 歳	
<b>Language/ 言語</b>			<b>Nationality/ 国籍</b>		

**Living condition/ 生活状況**

- With family member(s) who require nursing care/ 介護しなければならない家族がいる
  Have young children/ 幼い子どもがいる  
 Aged household/ 高齢者世帯
  Living alone/ 独居
  Single parent/ 母子家庭  
 Other/ その他( )

**Employment/ 職業**

- Full-time/ 常勤雇用
  Part-time/ パートタイム
  Self-employed/ 自営業  
 Retired/ 退職
  Unemployed/ 無職

**What symptoms do you have?/ どのような症状ですか？**

- Headache/ 頭が痛い
  Dizziness/ めまい
  Dry mouth/ 口が渇く  
 Sore throat/ のどが痛い
  Cough/ せき
  Palpitation/ 動悸  
 Chest pain/ 胸が痛い
  Chest discomfort/ 胸が苦しい
  Stomachache/ 胃が痛い  
 Nausea/ 吐き気
  Vomiting/ 嘔吐
  Shortness of breath/ 息切れ  
 Diarrhea/ 下痢
  Abdominal bloating/ おなかが張る
  Abdominal pain/ おなかが痛い  
 Bloody stools/ 血便
  Fever/ 熱がある
  Rash/ 発しん  
 High blood pressure/ 高血圧
  Cannot sleep/ 眠れない
  Lack of energy/ だるい  
 Easily fatigued /疲れやすい
  Weight loss/ 体重が減っている
  Loss of appetite/ 食欲がない  
 Shaking/shivering/ 身体がふるえる (  Involuntary movements/ 勝手に動く  Coldness/ 寒い)  
 Swelling of the whole body/ 全身にむくみがある
  Swelling in part of the body/ 体の一部にむくみがある  
 Swelling with inflammation/ 腫れがある
  Numbness/tingling/ しびれ
  Other/ その他( )

**When did the symptoms start?/ それはいつからですか？**

Since approximately: \_\_\_\_\_ year/ 年 \_\_\_\_\_ month/ 月 \_\_\_\_\_ day/ 日ごろから

**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でますか？**

- 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

\*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

**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  
Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気    Diabetes/ 糖尿病    Other/ その他( )

**How old were you when you became ill?/ それは何歳の時ですか？**

Age: \_\_\_\_ (years old)/ 歳

**Do you smoke?/ たばこを吸いますか？**

- Yes/ 吸う →    Current amount/ 現在: \_\_\_\_cigarettes/day/ 本/日    Duration/ 喫煙歴: \_\_years/年  
No, but I used to./ 以前吸っていた →    Previous amount/ 過去: \_\_\_\_cigarettes/day/ 本/日    Duration/ 喫煙歴: \_\_years/年  
No/ 吸わない

**Do you drink alcohol?/ お酒を飲みますか？**

- Yes/ はい →    \_\_\_\_\_mL/day/ ml/日    No/ いいえ

**Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありますか？**

- Yes/ はい    No/ いいえ

**When was the surgery?/ いつごろですか？**

Approximately: \_\_\_\_\_year/ 年 \_\_\_\_month/ 月    (type of surgery/ 手術名: \_\_\_\_\_)

**Have you ever had any anesthesia?/ 麻酔を受けたことがありますか？**

- Yes/ はい →    General anesthesia/ 全身麻酔    Local anesthesia/ 局所麻酔  
No/ いいえ

**Did you have any problems related to the 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

**Have you ever had a blood transfusion?/ 輸血を受けたことがありますか？**

- Yes/ はい    No/ いいえ

**Did you have any problems related to a blood transfusion?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか？**

- Yes/ はい    No/ いいえ

**Is there a possibility that you are pregnant?/ 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 pregnant/ ヶ月    I do not know/ わからない    No/ いいえ

**Are you breastfeeding?/ 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?/ 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