

患者氏名：

患者 ID：

Medical Questionnaire (Cardiology)/循環器科 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。

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

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

Where are your symptoms located? / どの部位の症状ですか?

- Entire chest/ 胸全体
 Left chest/ 左胸
 Right chest/ 右胸
 Upper back/ 背中
 Pit of the stomach/ みぞおち
 Left shoulder/ 左肩
 Right shoulder/ 右肩
 Side of abdomen/ わき腹
 Other/ その他()

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

- Pain/ 痛い
 Burning sensation/ 焼けるように
 Pressure/ 押しつぶされるように
 Tingling/ チクチクと
 Squeezing pain/ 締め付けられるように
 Intermittent pulse/ 脈が途切れる
 Irregular pulse/ 脈のリズムが乱れる
 Palpitations/ 動悸がする
 Difficulty breathing/ 息苦しい
 Cough/ せきがでる
 Phlegm (mucus)/ 痰がでる
 Cold hands and feet/ 手足が冷たい
 Unhealthy color of skin or mucosa/ 皮膚や粘膜の色が悪い
 Dizziness/ めまい
 Diagnosed with a chronic respiratory disease/ 慢性呼吸器疾患と診断されたことがある
 Other/ その他()

When do the symptoms occur? / どんな時に症状がありますか?

- Morning/ 朝
 Daytime/ 昼
 Evening/ 夕方
 Night/ 晩
 Irregular/ 不定期
 Sudden onset/ 突然
 Constantly/ いつも
 Gradual onset/ 徐々に
 When I move/ 動くと
 When I feel tired/ 疲労を感じたとき
 While in bed/ 就寝中
 During meals/ 食事中
 When I wake up/ 起床時
 No consistent pattern/ 特に決まっていない
 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

*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：

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

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