

患者氏名：

患者 ID：

Medical Questionnaire (Gastroenterology)/消化器科 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()

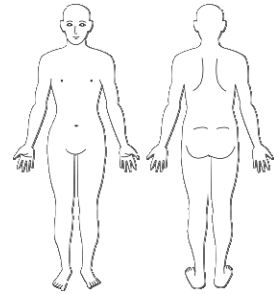
Employment/ 職業

- 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？

Please circle the affected area(s) in the diagram on the right.

/ 症状のあるところに丸をしてください。

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

- Stabbing pain/ 鋭い痛み
 Dull pain/ 鈍い痛み
 Fever/ 熱がある
 Nausea/ 吐き気
 Vomiting/ 嘔吐
 Vomiting blood/ 吐血
 Belching/ げっぷ
 Abdominal bloating/ お腹が張る
 Constipation/ 便秘
 Diarrhea/ 下痢
 Rectal bleeding/ 下血
 Swelling/ むくむ
 Loss of appetite/ 食欲がない
 Choking when eating/ 食べ物がつかえる
 Heartburn/ 胸焼けする
 Stool color change/ 便の色(brown/ 茶 red/ 赤 black/ 黒 white/ 白)
 Vomiting blood after drinking alcohol/ 飲酒のあとに血を吐いた
 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
 Irregularly/ 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
 When hungry/ 空腹時
 When full/ 満腹時
 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

*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 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