

患者氏名：

患者 ID：

**Medical Questionnaire (Orthopedics)/整形外科 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( )

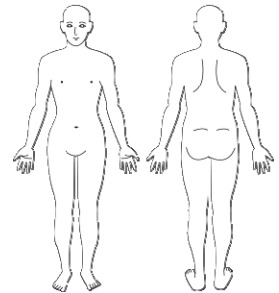
**Employment/ 職業**

- 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

**Where in your body do you have symptoms?/ 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？**

- Pain/ 痛い
  Fever/ 熱がある
  Swelling/ はれもの  
 Itchiness/ かゆい
  Numbness/tingling/ しびれ
  Lump/ しこり  
 Burn/ やけど
  Injury/ けが
  Sprain/ ひねった  
 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
  Irregular/ 不定期
  Sudden onset/ 突然  
 Constantly/ いつも
  Gradual onset/ 徐々に
  When moving/ 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
  When resting/ 安静にしているとき  
 When moving the affected part/ 動かすとき
  When walking/ 歩行時  
 When pressing on the affected part/ 押したとき
  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