

Internal Medicine Questionnaire/内科 問診票

Name of patient /患者氏名				For staff only /医療機関記入欄	BT=	℃
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年	Month/月	Day/日		PR=	/分
	(Years old/歳)			BP=	mmHg	
				RR=	/分	
				SPO2=	%	
Height/Weight/身長・体重	_____ cm _____ kg			Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male/男性	<input type="checkbox"/> Female/女性
Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicine/薬:					

What is the problem today? (Check all that apply.)
/今日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。)

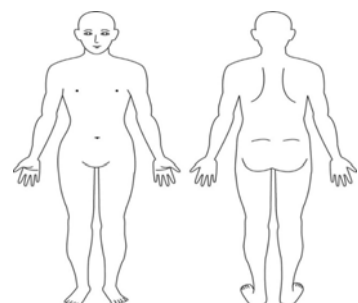
- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> Cough/咳 | <input type="checkbox"/> Runny nose/鼻水 | <input type="checkbox"/> Phlegm/痰 | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing
/息が苦しい | <input type="checkbox"/> Palpitation/動悸 |
| <input type="checkbox"/> Feel sulgyish
/身体がだるい | <input type="checkbox"/> Get easily tired
/疲れやすい | <input type="checkbox"/> Shortness of breath
/息切れ | <input type="checkbox"/> Dizziness/めまい | <input type="checkbox"/> Loss of appetite
/食欲がない | <input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Bloody stool/血便 | <input type="checkbox"/> Frequent urination
/頻尿 | <input type="checkbox"/> Bloody urine/血尿 | <input type="checkbox"/> Weight loss
/体重減少 | <input type="checkbox"/> Feel thirsty
/喉が渇く | <input type="checkbox"/> Hypertension
/高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Paralysis/麻痺 | <input type="checkbox"/> Swelling/むくみ | <input type="checkbox"/> Hives/じんましん | <input type="checkbox"/> Insomnia/不眠 | <input type="checkbox"/> Numbness/しびれ | <input type="checkbox"/> Nausea/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> Itchiness/かゆみ | <input type="checkbox"/> Pain/痛み | <input type="checkbox"/> 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) | | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他: |

Check all that apply about your stool.
/便の性状に☑してください。

- | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grayish white
/灰白色 | <input type="checkbox"/> Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> Black/黒色 | <input type="checkbox"/> Bloody/血便 | <input type="checkbox"/> Watery/水様 | <input type="checkbox"/> Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> Normal/普通 | <input type="checkbox"/> Hard/硬い便 | *Stool frequency per day/一日の排便回数: _____time(s)/day/回/日 | | | |

Describe your symptoms.
/症状についてご質問します。

Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



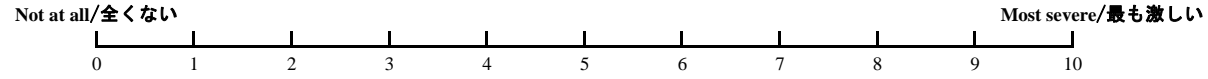
When does the symptom occur?
/症状はどのようなときに現れますか。

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Morning/朝 | <input type="checkbox"/> Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> While in bed/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> When waking up/起床時 | <input type="checkbox"/> Irregular/不定期 | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他: | |

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

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Constant/絶え間なく、続いている |
| <input type="checkbox"/> The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている |
| <input type="checkbox"/> The symptom is gradually worsening/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他 |

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、どのくらいですか? 下の数字のところに○を付けてください。



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

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

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、サプリメントも含まれます。

- No/いいえ Yes/はい *Show us your medication or a medicine pocketbook.
/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。

	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

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？

No/いいえ Yes/はい

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。

Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Treatment progress /治療経過	Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	

<List of diseases/疾患リスト>

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

Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか。

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい

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。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※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。

Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか。

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい
-
- Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年_____Month/月

*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。

Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか。

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい
-
- Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他	_____ml/Day/日		

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。

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい
-
- Do not know/わからない

Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか。

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい

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。

-
- 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ください。
-
-
- 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。
-
-
- Other(s)/その他：