

## Medical Questionnaire Form 問診票

Name \_\_\_\_\_ (患者様番号 \_\_\_\_\_ )

Weight(only under 12years old) \_\_\_\_\_ Kg

●What is the problem today? 本日はどうされましたか？

●Please write your problem in details. 具合の悪いところをご記入ください。

・From When?            days ago      weeks ago      months ago      years ago      unclear  
いつからですか？      日前              週間前              か月前              年前              不明

・Do you have fever? 熱はありますか？

          °C      ° F    no fever    maybe not    maybe have    have fever    unclear  
                 °C      なし      なさそう      ありそう      あり      不明

注： °C = 5/9 × (° F - 32)

・Do you have pain? 痛みはありますか？      Yes はい      No いいえ

・Do you cough? 咳はありますか？              Yes はい      No いいえ

To those who said, yes...What kind of cough? 咳があるとお答えした患者様へ  
cough with phlegm痰絡み    without phlegm空咳    with slight phlegm少し絡む

・Do you have a runny nose? 鼻水はありますか？      Yes はい      No いいえ

To those who said, yes...Is that colored? 色はついていますか？

no color 透明    slightly yellow やや黄色い    yellow 黄色い

・Do you have any symptom of ears? 耳の症状はありますか？

No なし      Yes あり ( right 右      left 左      both side 両側 )

If yes, please write in details.      詳      細

( \_\_\_\_\_ )

・Do you have any other symptoms or anything you wish to mention?

それ以外の症状や、お伝えしておきたい事はありますか？

No いいえ      Yes はい ( \_\_\_\_\_ )

●Are you taking any medicine?現在飲んでいる薬はありますか？

No なし      Yes あり (name of medicine 薬名 \_\_\_\_\_ )

For cold or sore throat→ prescribed since (date \_\_\_\_\_ ) for ( \_\_\_\_\_ )days

風邪症状に対する薬が出た方→                      月      日      より内服、              日間処方

●Do you need painkiller or mouthwash? ( painkiller              mouthwash )

薬の内容                                      痛み止め希望              うがい薬希望

For children...Do you prefer powdered medicine or syrup? ( powdered syrup )

小児の患者様へ

粉薬希望 シロップ希望

Please turn over (裏面に続く)

- What kind of medical examination do you wish? どのような診療をお望みですか？
- ・ Full examination 十分な検査
  - ・ Cure for the time being とりあえず症状を抑えたい
  - ・ Wish to remove earwax 耳垢除去希望
  - ・ others その他 ( )

[Only for first visit patients 初診の方のみご記入ください。]

- Have you been indicated these disease? 今までに下記の病気について指摘されたことはありますか？

No (なし) allergic rhinitis (アレルギー性鼻炎) glaucoma (緑内障)  
enlarged prostate (前立腺肥大) hyper tension (高血圧) diabetes (糖尿病)  
asthma (喘息) heart disease (心臓病) mental disease (精神病) brain infarct (脳梗塞)  
brain hemorrhage (脳出血) spasm (けいれん)  
others ( )  
その他 ( )

- Past medical history

大きな病気・入院・手術の経験

Severe disease (大きな病気) ( )

Hospitalizations (入院) ( )

Surgeries (手術) ( )

- Do you have any allergies for medicine? 薬にアレルギーはありますか？

No Yes (name of the medicine) ( )

なし あり (薬名) ( )

- For women only: Do you have any possibility of pregnancy? 妊娠の可能性

No なし Yes あり

If you are pregnant, how many weeks? ( weeks)

妊娠中 ( 週)

Are you presently breastfeeding? Yes No

授乳中ですか? はい いいえ

Thank you very much for filling this form. Please submit to the reception.

お疲れさまでした。ご記入が終わりましたら、受付に提出してください。