

問診票(Interview sheet)

ID: _____ Month/Date/ Year _____ / _____ / _____

フリガナ 名前 (Name)
性別(Gender) <input type="checkbox"/> 男性(Men) <input type="checkbox"/> 女性(Women) <input type="checkbox"/> 不問(Other)
生年月日(Date of Birth) ____ / ____ / ____ 年齢(Age) ____ 職業(Occupation) _____
住所(Address)〒 _____
電話 (Phone number) _____ - _____ - _____
緊急連絡先 (Emergency phone number) _____ - _____ - _____
症状についてお聞きします(Ask about symptoms) <input type="checkbox"/> 自覚症状なし (No symptoms) <input type="checkbox"/> 自覚症状あり (Symptoms present) いつから (Since when?) (_____) 胸 (chest) 脈 (pulse) 足 (leg) <input type="checkbox"/> 痛い (painfull) <input type="checkbox"/> 動悸 (palpitation) <input type="checkbox"/> 痛い (pain) <input type="checkbox"/> 苦しい (short of breath) <input type="checkbox"/> 乱れ (jumped pulse sensatio <input type="checkbox"/> かゆみ (itch) <input type="checkbox"/> 違和感 (chest discomfort) <input type="checkbox"/> 速い (tachycardia) <input type="checkbox"/> しびれ (numbness) <input type="checkbox"/> 遅い (bradycardia) <input type="checkbox"/> むくみ (edema) <input type="checkbox"/> 静脈瘤 (varix) <input type="checkbox"/> 熱感 (nest) <input type="checkbox"/> 健診での指摘 (medical check) <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (Introduction) <input type="checkbox"/> その他 (other)
治療している病気はありますか？ (Are you being treated for any illnesses?) <input type="checkbox"/> いいえ (No) <input type="checkbox"/> はい (Yes) <input type="checkbox"/> 心臓病 (Heart disease) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (Diabetes) <input type="checkbox"/> 高血圧 (Hypertension) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (Kidney disease) <input type="checkbox"/> 肝疾患 (Liver disease) <input type="checkbox"/> 高脂血症 (Hyperlipidemia) その他 (Other) (_____)
上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか？ (Have you ever had any other serious illnesses or surgeries besides those listed above?) 病名 (Disease name) (_____) (才頃)手術 (surger) : なし (No) ・ あり (Yes) 病名 (Disease name) (_____) (才頃)手術 (surger) : なし (No) ・ あり (Yes)
今飲んでいる薬はありますか？ (Are you taking any medications?) <input type="checkbox"/> いいえ (No) <input type="checkbox"/> はい (Yes) お薬手帳や薬剤情報提供書をお持ちの方はお出してください。 薬品名 (Name of the medicine) (_____) お薬手帳がありましたら出してください。(If you have a medication booklet, please present it.)
今までに薬、注射、食品でアレルギーを起こしたことはありますか？ (Have you ever had an allergic reaction to medicine, injections or food?) <input type="checkbox"/> いいえ (No) <input type="checkbox"/> はい (Yes) 薬品名 (Name of medicin) (_____) 食品(Name of food) (_____) <input type="checkbox"/> エビ(Shurimp) <input type="checkbox"/> カニ(Crab)
嗜好品についてお聞きします。(I'd like to ask you about your hobbies.) アルコール(alcohol) <input type="checkbox"/> 飲まない(Don't drink) <input type="checkbox"/> 付き合い程度(by chance) <input type="checkbox"/> 週3日以上(3 time per week) <input type="checkbox"/> 毎日(every day) タバコ(cigarette) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (previously smoked) <input type="checkbox"/> 吸ったことはない(Don't smoke) <input type="checkbox"/> 現在吸っている(smoking) (_____) cigarettes a day
血縁の方に以下の病気の方はいますか？ (Does anyone in your family have any of the following illnesses?) <input type="checkbox"/> 心臓病 (Heart disease) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (Diabetes) <input type="checkbox"/> 高血圧 (Hypertension) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (Kidney disease) <input type="checkbox"/> 肝疾患 (Liver disease) <input type="checkbox"/> 高脂血症 (Hyperlipidemia)
女性にお聞きします。妊娠または、妊娠の疑いがありますか。(To all women out there, are you pregnant?) <input type="checkbox"/> はい (Yes) <input type="checkbox"/> いいえ (No)
下記の病院を受診したことがありますか？ (Have you ever visited any of the following medical institutions?) <input type="checkbox"/> 埼玉東部循環器病院 <input type="checkbox"/> 越谷循環器クリニック <input type="checkbox"/> 草加循環器クリニック
今回このクリニックを選んだ理由をお聞かせください。(Why did you choose this clinic?) <input type="checkbox"/> 家や職場から近い (Neighborhood) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (Introduction by an acquaintance) <input type="checkbox"/> インターネット検索 (Internet) <input type="checkbox"/> その他 (Other)
来院前にホームページをご覧になりましたか？ (Did you check our website before coming to the clinic?) <input type="checkbox"/> はい (Yes) <input type="checkbox"/> いいえ (No)