

# 問診票(Inteview sheet)八潮

ID: \_\_\_\_\_ Month/Date/ Year \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

フリガナ		height		c m	
名前 (Name)		性別(Gender) <input type="checkbox"/> Men <input type="checkbox"/> Women <input type="checkbox"/> 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) _____ - _____ - _____ 続柄(relationship)					
Do you agree to having your medical information collected using your My Number health insurance card? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Our hospital strives to provide high-quality medical care by acquiring and utilizing medical information.					
In order to obtain and utilize accurate information, we ask for your cooperation in using your My Number health insurance card.					
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 (pullse)		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 sensation)		<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)			
		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(rarely 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(Never smoked) <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)			