

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください year 年 month 月 day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか

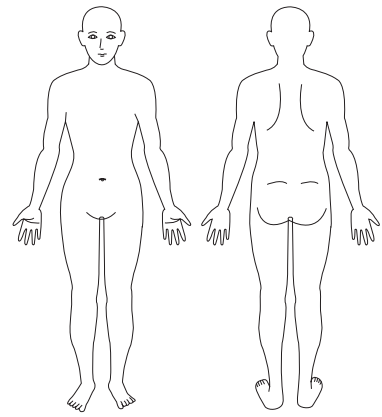
<input type="checkbox"/> fever (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> pain 痛い	<input type="checkbox"/> itching かゆい
<input type="checkbox"/> burn やけど	<input type="checkbox"/> rash 発疹	<input type="checkbox"/> eczema 湿疹
<input type="checkbox"/> bruising あざ	<input type="checkbox"/> mole ほくろ	<input type="checkbox"/> liver spots しみ
<input type="checkbox"/> athlete's foot 水虫	<input type="checkbox"/> oozing じくじくしている	<input type="checkbox"/> others その他

How long have you had these problems? それはいつからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Have the symptoms changed? その症状は変化していますか

Yes はい No いいえ



Circle on the picture.
 症状のあるところに丸をしてください

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Yes はい → medication 薬 food 食べ物 others その他 No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください No いいえ

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 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 ヶ月 No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

Yes はい No いいえ

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気
<input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病
<input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> others その他		<input type="checkbox"/> asthma ぜんそく
		<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか

Yes はい No いいえ

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか

Yes はい No いいえ

Have you ever had any trouble with 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

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 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