

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"/> sore throat のどが痛い	<input type="checkbox"/> cough せき	<input type="checkbox"/> headache 頭が痛い
<input type="checkbox"/> chest pain 胸が痛い	<input type="checkbox"/> rash 発しん	<input type="checkbox"/> heart palpitation 動悸	<input type="checkbox"/> shortness of breath 息切れ
<input type="checkbox"/> swelling むくみ	<input type="checkbox"/> dizziness めまい	<input type="checkbox"/> tightness in chest 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> abdominal pain お腹が痛い
<input type="checkbox"/> stomachache 胃が痛い	<input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧	<input type="checkbox"/> numbness しびれ	<input type="checkbox"/> excessive thirst 口が渇く
<input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている	<input type="checkbox"/> abdomen feels swollen お腹が張る	<input type="checkbox"/> loss appetite 食欲がない	<input type="checkbox"/> bloody stool 血便
<input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐	<input type="checkbox"/> nausea 吐き気	<input type="checkbox"/> diarrhea 下痢	
<input type="checkbox"/> weak だるい	<input type="checkbox"/> excessive fatigue 疲れやすい	<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

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"/> 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 a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか

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