

中東遠地域共通問診票/Medical Questionnaire Common to Hospitals in the Chutoen Region

(市立御前崎総合病院・しろわクリニック・菊川市立総合病院・菊川市家庭医療センター・中東遠総合医療センター・公立森町病院・森町家庭医療クリニック・磐田市立総合病院 共通)
(Common to Omaezaki Municipal Hospital, Shirowa Clinic, Kikugawa General Hospital, Kikugawa Family Health Care Center, Chutoen General Medical Center, Morimachi Public Hospital, Morimachi Family Medicine Clinic, and Iwata City Hospital)

※この問診票を受診日までに記入し、受診当日ご持参ください。

* Fill in the questionnaire in advance, and submit it on the day of the hospital visit.

お名前 フリガナ/Furigana (phonetic characters) Name:		体温/Temperature: _____ 度/°C	
(男・女) 年齢 (Male / Female) Age: _____ years old		身長/Height: _____ cm	
生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 Date of birth: _____ (MMM) _____ (DD), _____ (YYYY)		体重/Weight: _____ Kg	
(〒/Zip code: _____) 牧之原市・御前崎市・菊川市・掛川市・袋井市・森町・磐田市 Makinohara City, Omaezaki City, Kikugawa City, Kakegawa City, Fukuroi City, Morimachi, Iwata City		血圧: _____ mmHg/ _____ mmHg Blood pressure	
住所 Address:		脈拍/Heart rate: _____ bpm SPO2: _____ %	
電話番号/Phone No. (自宅/Home) (携帯電話/Mobile)		※受診時に各病院で測定します。 * The hospital measures these vital signs during consultation.	
この問診票を記入する方がご本人以外であれば、/If a person other than the patient fills in the questionnaire, その方のお名前/Name of the person 続柄/Relationship()			
① 今回、受診された理由をお答えください。/Please specify the reason for the visit. <input type="checkbox"/> 他の医療機関から受診をすすめられたから/Recommended for a consultation by another medical institution. <input type="checkbox"/> 健康診断の結果、精密検査をすすめられたから/Recommended for a detailed examination based on the result of a medical checkup. <input type="checkbox"/> 心配な症状があったから/Worrying about a symptom.			
② 今回、受診された主な症状はどんなことですか。/What is the major symptom as the reason for the visit? ()			
③ その症状はいつから、どのようでしたか。/When did the symptom start? How did you notice? (なるべく詳しく/Please describe it as detailed as possible.) 月 日頃から/From MMM DD <input type="checkbox"/> 突然/Suddenly <input type="checkbox"/> 徐々に/Gradually <input type="checkbox"/> 時々/Sometimes ()			
④ 症状の原因に心あたりや、症状の始まる頃に何か変わったことがありますか。 Do you have any idea about the cause of the symptom? Did you experience something unusual around the onset of the symptom? <input type="checkbox"/> ない/No <input type="checkbox"/> ある/Yes なるべく詳しく/Please describe it as detailed as possible.()			
⑤ 今までにおおきな病気、けがで治療されたことがありますか。/Were you under the care of a doctor for a serious disease or injury? <input type="checkbox"/> ない/No <input type="checkbox"/> ある/Yes 年頃/Around(YYYY)(at the age of 歳頃) 病名/Disease/injury name 入院/Hospitalization・手術/Surgery 年頃/Around(YYYY)(at the age of 歳頃) 病名/Disease/injury name 入院/Hospitalization・手術/Surgery 年頃/Around(YYYY)(at the age of 歳頃) 病名/Disease/injury name 入院/Hospitalization・手術/Surgery			
⑥ 輸血されたことがありますか。/Have you ever received a blood transfusion? <input type="checkbox"/> いいえ/No <input type="checkbox"/> はい/Yes いつ頃/When?(Around 年頃/YYYY) 何をわかる範囲で/For what? (as far as you know)()			
⑦ 現在治療中(歯科を含む)の病気はありますか。(記入例、高血圧、糖尿病など) Are you currently under the care of a doctor (including dentist)? (Example: Hypertension, diabetes, etc.) <input type="checkbox"/> ない/No <input type="checkbox"/> ある/Yes 病名/Disease name: 医療機関名/Medical institution: 所在地/Address: 市/City・町/Town 病名/Disease name: 医療機関名/Medical institution: 所在地/Address: 市/City・町/Town 病名/Disease name: 医療機関名/Medical institution: 所在地/Address: 市/City・町/Town 病名/Disease name: 医療機関名/Medical institution: 所在地/Address: 市/City・町/Town			
⑧ 現在、お薬を飲んでいますか。/Are you currently on any medication? <input type="checkbox"/> 飲んでいない/No <input type="checkbox"/> 飲んでいる/Yes 薬品名/Medicine name(わかる範囲で/as far as you know)() お薬手帳/Do you have a drug record book? <input type="checkbox"/> 持っていない/No <input type="checkbox"/> 持っている/Yes : 診察時に見せていただくことがあります。/The hospital may check the medication history recorded in it.			
裏面にもご記入下さい/Continued on the reverse side.			

<p>⑨ 現在、サプリメントを飲んでいますか。/Do you regularly take any supplement?</p> <p><input type="checkbox"/> 飲んでいない/No</p> <p><input type="checkbox"/> 飲んでいる/Yes 商品名/Product name(わかる範囲で/as far as you know)()</p>
<p>⑩ 血縁の方のなかで、おおきな病気をされた方がありますか。/Have any of your relatives had a serious illness before? (記入例、祖父が胃がん、糖尿病など/Example: My grandfather suffered a stomach cancer, diabetes, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> ない/No</p> <p><input type="checkbox"/> ある/Yes()</p>
<p>⑪ 薬や注射で副作用が出たことがありますか。/Have you ever experienced side effects due to medicine or injection before?</p> <p><input type="checkbox"/> ない/No</p> <p><input type="checkbox"/> ある/Yes 薬品名/Medicine name(わかる範囲で/as far as you know)()</p>
<p>⑫ アレルギーはありますか。/Do you have any allergy?(花粉、食物などで/in pollen, food, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> ない/No</p> <p><input type="checkbox"/> ある/Yes (<input type="checkbox"/> くすり/Medicine <input type="checkbox"/> 食べ物/Food <input type="checkbox"/> その他/Others)</p> <p>原因物質や薬品名/Causative agent or medicine name()</p>
<p>⑬ お酒を飲みますか。/Do you drink regularly?</p> <p><input type="checkbox"/> 飲まない/No</p> <p><input type="checkbox"/> 飲む/Yes (ビール 本、日本酒 合、焼酎 杯、ウイスキー 杯)を(毎日・週に数回・月に数回) 年間、飲んでいる。</p> <p>Drink (Beer: _____ bottle(s); Japanese sake: _____ go (approx. 180 mL); Shochu _____ glasses; Whisky: _____ glasses)</p> <p>(daily / several times a week / several times a month) for _____ years</p>
<p>⑭ タバコを吸いますか。/Do you smoke?</p> <p><input type="checkbox"/> 吸わない/No</p> <p><input type="checkbox"/> 吸う/Yes (_____ 才から _____ 才まで、一日平均 _____ 本)を(吸っている・吸っていたが止めた)</p> <p>Smoke (approx. _____ cigarettes per day from the age of _____ to _____) / Smoked but stopped smoking.</p>
<p>⑮ 最近の食欲、睡眠、便通はいかがですか。/How are your recent appetite, sleep, and bowl movement?</p> <p>1) 食欲/Appetite <input type="checkbox"/> 良好/Good <input type="checkbox"/> 不良/Bad</p> <p>2) 水分摂取/Water intake <input type="checkbox"/> 良好/Good <input type="checkbox"/> 不良/Bad</p> <p>3) 睡眠/Sleep <input type="checkbox"/> 良好/Good <input type="checkbox"/> 不良/Bad 1日平均 _____ 時間/Sleep _____ hours per day on average</p> <p>4) 便通/Bowl movement <input type="checkbox"/> 普通/Ordinary <input type="checkbox"/> 便秘/Constipation <input type="checkbox"/> 下痢/Diarrhea</p> <p>5) 排尿/Urination (1日に _____ 回/times per day)</p>
<p>⑯ ご職業はなんですか。/What is your occupation?</p> <p>_____ 今のお仕事/Current occupation</p> <p>_____ 以前のお仕事/Past occupation(s)</p>
<p>⑰ 最近1年間に海外旅行をしましたか。/Did you travel abroad in the past year?</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ/No</p> <p><input type="checkbox"/> はい/Yes どこへ/Where(_____) いつ/When(_____ 年/[YYYY] _____ 月/[MMM])</p>
<p>⑱ ペットを飼っていますか。/Do you have any pets?</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ/No</p> <p><input type="checkbox"/> はい/Yes 飼っている生き物名/Kinds of animals (_____)</p>
<p>◎女性の方のみお答えください/For females only</p> <p>⑲ 現在、妊娠していますか。/Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ/No</p> <p><input type="checkbox"/> はい/Yes 妊娠中(_____ ケ月)/(_____) month(s) pregnant ・ 可能性あり/There is a possibility.</p> <p>⑳ 現在、授乳されていますか。/Are you currently breastfeeding?</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ/No <input type="checkbox"/> はい/Yes</p>
<p>◎病院から連絡が必要な場合の連絡先/Contact information for the hospital to contact you</p> <p>㉑ <input type="checkbox"/> ご自宅/Home <input type="checkbox"/> 携帯/Mobile <input type="checkbox"/> 勤務先/Office <input type="checkbox"/> その他/Others</p> <p>連絡先の電話番号/Contact No.:(_____ - _____)</p>