

初診問診表 Patient Health History

氏名 Name : _____ (姓 Last) (名 First)	受診日 : / / (月 Month) (日 Day) (年 Year)
---------------------------------------	---

1 本日はどのような症状で受診されますか？ What is the reason for today's visit?

2 その症状はいつ頃からですか？ When did the symptom begin? _____ 頃から

3 現在、治療中のご病気はありますか？ Are you currently under any medical care?

ない No ある Yes ⇒ 病名とご病気になられた時期をお書きください Please list.

	病名 Diagnosis	時期 (いつ頃から) Duration (Since~)
1		
2		
3		

4 服用中のお薬はありますか？ Are you taking any medications?

ない No ある Yes ⇒ お薬の名前と服薬理由をお書きください Please list.

	薬剤名 Names of medication	服薬の理由 Reason for use
1		
2		
3		
4		
5		

5 今までにアレルギー反応を起こしたことがありますか？ Do you have any allergies?

ない No ある Yes ⇒ アレルギーのあるものをチェックして明記してください。 Please list.

	ペニシリン Penicillin	食べ物 Food →
	アスピリン Aspirin	動物 Animal →
	サルファ剤 Sulfa	植物 Plant →
	不明 Unknown	その他 Others →

6 今までに次の様な病気にかかったことがありますか？ Past Medical History

	糖尿病 Diabetes	腎疾患 Kidney Disease	膠原病 Collagen Disease
	高血圧 Hypertension	脳血管疾患 Stroke	がん Cancer
	心疾患 Heart Disease	喘息 Asthma	痛風 Gout
	肝疾患 Liver Disease	甲状腺疾患 Thyroid Disease	その他 Others
	肺疾患 Lung Disease	精神神経疾患 Mental Disease	

7 今までに入院したり大きな手術を受けたことがありますか？ History of Major Surgery / Hospitalization

	月/年 Month/Year	手術 Surgery	病院名 Hospital Name	所在地 City/Country
1				
2				
3				

8 ご家族に次の様な病気にかかれた方がいらっしゃいますか？ Family History

病名 Disease		父	母	祖父	祖母	兄弟 姉妹	子供
		Father	Mother	Grand Father	Grand Mother	Siblings	Children
Cancer	がん						
Heart Disease	心疾患						
Stroke	脳血管疾患						
Hypertension	高血圧						
Diabetes	糖尿病						
High Fat Level	高脂血症						
Seizure	てんかん						
Thyroid Disease	甲状腺疾患						
Hepatitis	肝炎						
Rheumatism	リウマチ						
Mental Disease	精神神経疾患						
Other							
Other							

9 生活習慣についてうかがいます。Life Style Questions

a) アルコールは飲まれますか？ Do you drink alcohol?

いいえ Never

はい Yes ⇒ 頻度／どのぐらい？ How often? How much? ()

b) 喫煙していますか？ Have you ever smoked?

いいえ Never

はい Yes ⇒ 頻度／どのぐらい？ How often? How much? ()

c) 睡眠時間は一日どれくらいですか？ How long do you sleep per day? (時間 hours)

d) 運動していますか？ Do you exercise?

いいえ Never

はい Yes ⇒ 何／どのぐらい？ What kind? How much? ()

10 女性の方にはうかがいます。 For Female Patients:

a) 妊娠されていますか？ Are you pregnant?

いいえ No

はい Yes ⇒ 何か月？ How many weeks?

b) 現在授乳中ですか？ Are you breast feeding?

いいえ No

はい Yes

11 その他、質問されたいことがあれば、お書き下さい。 Please state if you have any questions.