問診表 Questionnaire

英語

年　月　日

フリガナ		Sex ☐male ☐female	Weight (under14years old) (　　kg)
氏名:Name		生年月日 Date of birth (YYYY/MM/DD)	/　/　(　　year old)
住所:Address	〒		TEL
勤務先:Occupation and name of company			
交通事故:traffic accident(相手方氏名:The other party's name)			

いつから:What symptoms do you have?	
どのような症状がありますか？ How long have you had the problem?	
今まで右記のような病気はありますか？ Have you ever had any of the following diseases?	☐NO　☐糖尿病:diabetes　☐痛風:gout ☐高血圧:high blood pressure　☐肝臓病:liver disease ☐腎臓病:kidney disease　☐ガン:cancer ☐喘息:asthma　☐花粉症:hay fever ☐心臓病:heart disease　☐その他:other(
入院・手術をしたことはありますか？ Have you ever had any operations or been hospitalized before?	☐NO ☐YES　(病院名:name of the hospital or clinic: (病名:name of disease:
現在、他の病院に通院中ですか？ Are you currently attending a hospital or clinic?	☐NO ☐YES　(病院名:name of the hospital or clinic: (病名:name of disease:
現在、服用中のお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちでしたら提示して下さい) Are you presently taking any medicines? (If you have a prescription record,please show us.)	☐NO ☐YES　(薬名:name of the medicine:
今までに薬や注射でアレルギーがでたことはありますか？ (じんましん・気分不良等) Have you ever had any allergies after taking a medicine or getting an injection? (e.g.hives,not feeling well)	☐NO ☐YES　(薬名:name of the medicine:
タバコは吸いますか？ Do you smoke?	☐NO　☐YES (　cigarettes per day,　since　years old)
アルコールは飲みますか？ Do you drink alcohol?	☐NO　☐YES (　times a week,　ml)
女性の方へ:現在妊娠中又は授乳中ですか？ Question for women:Are you pregnant or currently breastfeeding?	☐NO ☐妊娠:YES:　months　☐授乳中:breastfeeding ☐可能性あり:there is a chance that you are pregnant
診察や治療に関するご希望はありますか？ Do you have any preferences for your examination and treatment?	☐NO　☐血液検査:blood test ☐リハビリ:rehabilitation　☐レントゲン:X-ray ☐その他:other(　)

浅野外科内科