

日英対応問診票

1. 氏名 (名字 / 名前)
Name (Last / First) _____ / _____
2. 生年月日 (日 / 月 / 西暦)
Date of Birth (dd/mm/yy) _____ / _____ / _____
3. 性別 Sex 男/Male 女/Female
4. 職業 Occupation _____
5. 血液型 Blood type A B AB O 型 (RH + -)
6. 平熱 Normal temperature _____
7. 何か特病はありますか？
Do you have any chronic disease ? ある/Yes 病名/disease _____
ない/No
8. アレルギーはありますか？
Do you have any allergy ? ある/Yes ない/No
9. 何に対するアレルギーですか？
If yes, what is the cause ? 花粉症/Hay Fever 食べ物/Food 薬/medicine
動物/Animal 植物/Plants 他/Others
10. 現在服用している薬はありますか？
Are you taking any medication ? 服用している/Yes していない/No
薬品名/Name _____
もしくは病名/or Disease _____
11. 今日その薬を持参していれば診察の際に医師にお見せ下さい。
If you have the medicine with you, please show it to the doctor.
12. 最後に薬を服用したのは何時頃でしたか？ ____月/M ____日/D ____時頃/Time
What time did you take the last medicine ?
13. 今までに入院を要するほどの病気になったことがありますか？
Have you ever had a serious illness you had to be in the hospital ? ある/Yes ない/No
病名は？ The name of illness? _____
それは何年前ですか？ If yes, when was it ? _____ 年程前/years ago
現在も治療を続けていますか？
Are you still receiving treatment on the problem ? 現在も治療継続中/Yes, still on treatment.
完治した/ No it's recovered.
14. 気分が悪いですか？ Do you feel sick ? はい/Yes いいえ/No
15. どこか痛みますか？ Do you feel pain ? はい/Yes いいえ/No
どこですか？ If yes, where? _____
16. 頭痛がしますか？ Do you have headache? はい/Yes いいえ/No
17. めまいはありますか？ Do you feel dizzy ? はい/Yes いいえ/No
18. 胃は痛みますか？ Do you have gastric pain ? はい/Yes いいえ/No
どんなときに痛みが強くなりますか？
When does the pain become worse ? 空腹時/when stomach is empty
食後/after meal

19. 熱はありますか？ Do you have fever? はい/Yes いいえ/No
ある場合はいつ頃からですか？ _____日前頃から。
If yes, how long have you got fever? since days ago.
20. 便通はありますか？ Do you have regular bowel movement? はい/Yes
いいえ/No (____日間便秘しています)
(constipated for the last ____ days)
21. 尿はでていますか？ Does urine come out smoothly? はい/Yes いいえ/No
排尿の回数は多いですか？ Do you often urinate? はい/Yes いいえ/No
排尿時に痛みはありますか？ Does it hurt when you urinate? はい/Yes いいえ/No
夜中に何度もトイレに通いますか？ Do you get up and go to toilet frequently at night? はい/Yes いいえ/No
色は普通ですか？ Color as usual? はい/Yes いいえ/No
どんな色ですか？ (透明/Transparent、黄/Yellow、茶色/Brown、赤/Red)
22. 吐き気、嘔吐はありますか？ Have you felt nausea / vomited? はい/Yes いいえ/No
嘔吐がある場合、何回くらいありますか？ 1日 _____回くらい。
If yes, how often? times per day.
吐いたものに血液は混じっていますか？ 血液が混じる /Yes, there were blood in.
Were there any blood in the vomit? 混じらない /No
23. 下痢していますか？ Do you have a diarrhea? はい/Yes いいえ/No
一日何回くらい下痢がありますか？ 1日 _____回くらい。
If yes, how often a day? times per day.
血便ですか？ 血液が混じる /Yes, there were blood in.
Is there any blood in your stool? 混じらない /No
24. 食欲はありますか？ Do you have a good appetite? はい/Yes いいえ/No
25. 夜、眠れますか？ Can you sleep well at night? はい/Yes いいえ/No
26. 以前にも同じ症状がありましたか？ はい/Yes いいえ/No
Do you ever have the same symptoms? _____ / _____
それはいつ頃ですか？ If yes, when? (日/月/西暦) (dd/mm/yy)
27. ふだん血圧は高い方でしたか？ はい/Yes いいえ/No
Do you usually have high blood pressure? _____ ~ _____
もしふだんの血圧をご存じでしたらお書き下さい。
If you know your usual blood pressure, please wright.