

Medical questionnaire

アルファベットにてご記入下さい



Please check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

Name 名前	Age 年齢 ()	<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日 _____ Date / _____ Month / _____ Year	Nationality 国籍		
Address 住所			
Phone number 電話番号	E-mail メール		
Do you have any 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			

Person to be notified in case of emergency. 緊急時の連絡先	
Name 名前	Relationship to patient 続柄
Phone number 電話番号	

*For women only. 女性の方におたずねします

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またはその可能性がありますか <input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ケ月 <input type="checkbox"/> No いいえ
Are you breastfeeding? 授乳中ですか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ

*Please check YES or NO and circle specific problems. イエスと答えた方は詳細も記入してください

Do you have any allergies to food, medicine, etc.? 薬や食べ物などにアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> Yes はい () <input type="checkbox"/> No いいえ
Are you currently under medical treatment? 現在治療中の病気はありますか <input type="checkbox"/> Yes はい () <input type="checkbox"/> No いいえ
Are you currently taking medication? 現在服用している薬はありますか <input type="checkbox"/> Yes はい () <input type="checkbox"/> 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"/> No いいえ <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"/> diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> hypertension 高血圧症 <input type="checkbox"/> dyslipidemia 脂質異常症 <input type="checkbox"/> asthma ぜんそく <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> cancer がん <input type="checkbox"/> others その他 ()
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> Yes はい () <input type="checkbox"/> No いいえ
Have your parents, brothers/sisters and grandparents had any illnesses? あなたの両親、兄弟姉妹、祖父母で次の病気をした人がありますか。 <input type="checkbox"/> hypertension 高血圧症 <input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気 <input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Stroke 脳卒中 <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> Cancer がん <input type="checkbox"/> others その他 () <input type="checkbox"/> No, they have not had any illness written above. いずれの病気もなったことはない

Do you smoke? たばこを吸いますか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ I smoke _____ Cigarette(s) a day (喫煙本数 _____ /1日) How many years? _____ 何年間
Do you drink any alcohol? お酒を飲みますか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> Sometimes 時々 <input type="checkbox"/> No いいえ What type of Alcohol do you drink? アルコール類の種類を記入してください (_____) How many days a week do you drink? Day(s) a week _____ (飲酒日数/週) _____

Signature Date Clinic staff