

Medical questionnaire

英文字にてご記入ください

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	
Height 身長	_____ cm	Weight 体重	_____ kg
Address 住所			
Phone number 電話番号	E-mail メール		
Do you have any health insurance? 保険を持っていますか <input type="checkbox"/> Yes はい() <input type="checkbox"/> No いいえ			
※保険につきまして、疾病の内容によっては保険が適用されない場合がございます。申請されても結果全額自己負担でお支払いいただく可能性もありますのでご注意ください。詳しくは旅行保険なら保険会社、国民健康保険なら地方自治体にお問い合わせください。			

In case of emergency, whom may we contact? 緊急時の連絡先	
Name 名前	Relationship to patient 続柄
Phone number 電話番号	

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

*Please be specific, if yes. 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		
Do you have any underlying disease? 治療中の疾患はありますか?			
<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"/> 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"/> asthma ぜんそく	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> dyslipidemia 脂質異常症	
<input type="checkbox"/> others その他()	<input type="checkbox"/> cancer がん		
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)				

*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 ヶ月	<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

Signature

Date

Clinic staff