

Medical Questionnaire Form

問 診 票 (英語)

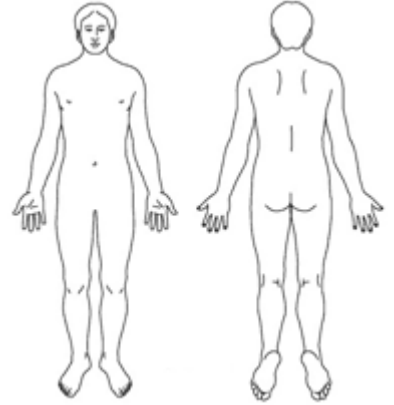
Check (☑) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前	Date of Birth 生年月日 ____year 年 ____month 月 ____day 日 (____years old)
	Sex 性別 ☐ Male 男 ☐ Female 女
Address 住所	
Phone 電話番号	E-mail :
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか ☐ No 無い ☐ Yes 有る	Nationality 国籍
Height 身長 _____ cm body weight 体重 _____ kg	Profession :

◆ What is the problem? どうしましたか

- | | |
|---|--|
| ☐ Fever (____℃) 熱がある | ☐ Headache 頭痛 |
| ☐ Bloody Sputum 血痰 | ☐ Dry mouth ☐ が 渴く |
| ☐ Chest pains 胸痛 | ☐ Phlegm (mucus in the throat) 痰 |
| ☐ Squeezing chest pain 胸がしめつけられる | ☐ Nausea 吐き気 |
| ☐ Vomiting 嘔吐 | ☐ Abdominal Pain 腹痛* |
| ☐ Muscle pain* 筋肉痛* | ☐ Bloody urine 血尿 |
| ☐ Fainting 失神 | ☐ Joint pain* 関節痛* |
| ☐ Tired 疲れる | ☐ Dizziness めまい |
| ☐ Can't sleep 眠れない | ☐ Feel heavy or lethargic だるい |
| ☐ Rash* 発疹* | ☐ Feel anxious 何か不安 |



◆ Do you have an good appetite? 食欲はありますか

- ☐ No 無い ☐ Yes 有る

◆ Did you ever have an allergic reaction by foods or medications? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

- ☐ No 無い ☐ Yes 有る → ☐ medication 薬 ☐ food 食べ物 ☐ other その他

◆ Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

- ☐ No 無い ☐ Yes 有る → If you have it with you now, please show me. 持っていれば見せてください

◆ Do you smoke? タバコを吸いますか

- ☐ No いいえ ☐ Yes はい → ☐ 1日 本 cigarettes per day
☐ I smoked in the past 前は吸っていた →
from age ____ 才 ~ to age ____ 才

◆ Do you drink alcohol? お酒を飲みますか

- ☐ No いいえ ☐ Yes はい → ☐ Everyday 毎日 ☐ 週 ____ 回 times a week
☐ 月 ____ 回 times a month

Meal 食事

Drink 飲み物

- ☐ Thirsty 喉が渴く

Feces 大便

- ☐ Diarrhea 下痢
☐ Constipation 便秘

Piss 小便

- | | |
|--|--|
| ☐ Night time 夜間 _____ times 回 | ☐ Feeling of incomplete urination 残尿感 |
| ☐ Nocturnal urine 夜尿症 | ☐ Pain while urinating 排尿痛 |
| ☐ Difficulty urinating 尿が出にくい | |

Sleep 睡眠

- ☐ Wake up while sleeping 途中で目が覚める
- ☐ Dreams 夢

Whole body 全身の状態

- ☐ Shoulder stiffness 肩こり
- ☐ Numbness* しびれ*
- ☐ Feet cold 足が冷える
- ☐ Night sweats 寝汗
- ☐ Sweat well 汗をよくかく

肝経 liver route

- ☐ eye 目
- ☐ Feel upset or distracted イライラする
- ☐ Cramps こむら返り（痙攣）

心経 heart route

- ☐ Heart palpitations 動悸
- ☐ Tightness in chest 胸が苦しい
- ☐ Shortness of breath 息切れ
- ☐ arrhythmia 不整脈

脾経 spleen route

- ☐ Bitter mouth 口が苦い
- ☐ Heartburn 胸やけ
- ☐ Swelling* or Edema むくみ*
- ☐ Hemorrhoid 痔
- ☐ appetite good or not 食欲
- ☐ subcutaneous bleeding 内出血（青あざ）

肺経 lung route

- ☐ Runny nose 鼻汁
- ☐ Stuffy nose 鼻づまり
- ☐ cough 咳
- ☐ Wheezing ぜいぜいヒューヒュー
- ☐ Throat hurts のどの痛み
- ☐ allergic アレルギー

腎経 kidney route

- ☐ Ringing in the ears 耳鳴り
- ☐ tonsil 扁桃腺
- ☐ Lower back pain 腰痛
- ☐ cystitis 膀胱炎
- ☐ limbs are hot 手足がほてる
- ☐ face is hot 顔がほてる

◆ Questions for **women**: 女性の方への質問です

- ☐ Menstruation 生理
- ☐ Blood mass 塊
- ☐ Menstrual pain 生理痛
- ☐ before menstruation trouble on the mamma 生理前におっぱいが張る

Are you pregnant now? (Yes No)