

Have you ever had surgery before? /手術歴はありますか?

No/いいえ Yes/はい

***If you answer "YES", show us your medication or a medicine pocketbook.**
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

お薬

Are you currently on any medication? /現在、飲んでいる薬はありますか?

No/いいえ Yes/はい

***If you answer "YES", show us your medication or a medicine pocketbook.**
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Name of medications /お薬の名前	What is your condition for prescribing? /処方理由・症状	*For staff 必要時職員用備考欄
①		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
②		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
③		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
④		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑤		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑥		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	

アレルギー

Allergies /アレルギーの有無

No/ない Yes/ある Food(s)/食べ物: Medicine/薬: Others/その他:

Allergic Reactions/ 症状 ()

ペースメーカー

Do you have an implanted pacemaker? /ペースメーカーを埋め込んでいますか?

No無 Yes有 If yes, do you have a pacemaker handbook/ ID card?
ある場合は、ペースメーカー手帳またはID cardをお持ちですか? No無 Yes有 at home 自宅にある

たばこ

Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

No/いいえ Quit/やめた Yes/吸っている (cigarettes/day日 × years年間)

お酒

Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。 Please circle if any of the following apply to you.

No/いいえ Yes/はい (Beer/ビール Japanese sake/日本酒 Wine/ワイン Whisky/ウイスキー Other(s)/その他

*drink everyday/毎日飲む *drink times回/week週 ml/time回

宗教

Do you have religion? /宗教はありますか?

No/いいえ Yes/はい ()

転倒の危険度

Risk for falls/ 転倒の危険度

Risk of Falls
転倒の危険度

Have you ever fallen within 3 months? 3ヶ月以内に転んだことはありますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you have orthoses on your feet? /足に装具をつけていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you use a cane or walker? /杖や歩行器を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい(Cane杖・Walker歩行器)
Do you use a wheelchair? /車椅子を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you feel dizziness? /ふらつきはありますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today? /本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい