

| | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|--|
| NO. | Internal Medicine Questionnaire/内科 問診票 | | Please circle if any of the following apply to you. Pregnant 妊娠中・Breast-feeding 授乳中 | |
| Name of Patient 名前 | <input type="checkbox"/> Male/ 男性 <input type="checkbox"/> Female/ 女性 | Age 年齢 years old 才 | Date of Birth 生年月日 Year/年 Month/月 Day/日 | |
| Occupation職業: Operation作業・Office work事務・Unemployed無職・Student学生・Others他() | | | Body Temperature/体温: °C | |

I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

What is the reason(s) for visiting INTERNAL MEDICINE today? (Check all that apply.)
/本日、内科にかかりたい理由は何ですか。

- | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> Cough/咳 | <input type="checkbox"/> Runny nose/鼻水 | <input type="checkbox"/> Phlegm/痰 | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing /息が苦しい | <input type="checkbox"/> Palpitation/動悸 |
| <input type="checkbox"/> Feel sluggish /身体がだるい | <input type="checkbox"/> Get easily tired /疲れやすい | <input type="checkbox"/> Shortness of breath /息切れ | <input type="checkbox"/> Dizziness/めまい | <input type="checkbox"/> Loss of appetite /食欲がない | <input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Bloody stool /血便 | <input type="checkbox"/> Frequent urination /頻尿 | <input type="checkbox"/> Bloody urine/血尿 | <input type="checkbox"/> Weight loss /体重減少 | <input type="checkbox"/> Feel thirsty /喉が渇く | <input type="checkbox"/> Hypertension /高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Paralysis/麻痺 | <input type="checkbox"/> Swelling/むくみ | <input type="checkbox"/> Hives/じんましん | <input type="checkbox"/> Insomnia/不眠 | <input type="checkbox"/> Numbness /しびれ | <input type="checkbox"/> Nausea/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> Itchiness/かゆみ | <input type="checkbox"/> Pain/痛み | <input type="checkbox"/> I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) | | |
| <input type="checkbox"/> Other(s) /その他: | | | | | |

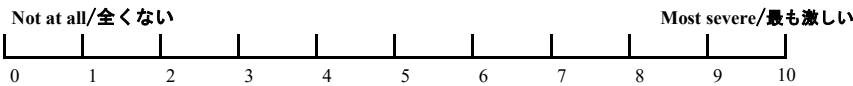
When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。

___ Year/年 ___ Month/月 ___ Day/日 From about ___ : ___ am/pm /ごろから

Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか? Circle the area where you are experiencing the pain./痛みのある部分に○を付けて下さい。

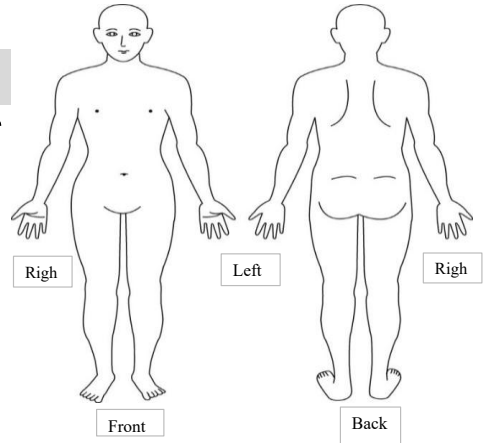
- No/いいえ Yes/はい

If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/痛みの程度を数字で表すと、どのぐらいですか?



- Types of pain** /どんな
- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Throbbingズキズキ | <input type="checkbox"/> Dull ブーン | <input type="checkbox"/> Heavy重たい | <input type="checkbox"/> Stingingピリピリ |
| <input type="checkbox"/> Pricking チクチク | <input type="checkbox"/> Shooting電気が走る | <input type="checkbox"/> Otherその他() | |

- Frequency** /いつ
- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alwaysいつも | <input type="checkbox"/> When you move動くとき | <input type="checkbox"/> When you touch触ると |
| <input type="checkbox"/> Sometimes時々 | <input type="checkbox"/> Can't sleep with痛みで眠れない | |
| <input type="checkbox"/> Otherその他() | | |



Does the pain disturb your daily life? /日常生活に支障が No/ない Yes/ある

Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? /現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Noneなし | <input type="checkbox"/> Myocardia infarction心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> Angina pectoris狭心症 | <input type="checkbox"/> Arrhythmia不整脈 | <input type="checkbox"/> Hypertension高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus糖尿病 | <input type="checkbox"/> Asthma喘息 | <input type="checkbox"/> Chronic Obstructive Pulmonary Disease慢性閉塞性肺疾患 | | |
| <input type="checkbox"/> Gastric duodenal ulcer胃十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> Brain infarction脳梗塞 | <input type="checkbox"/> Dyslipidemia脂質異常 | <input type="checkbox"/> Prostatic hypertrophy前立腺肥大 | |
| <input type="checkbox"/> Cancer癌 () | <input type="checkbox"/> Glaucoma緑内障 | <input type="checkbox"/> Liver disease肝臓疾患() | | |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease腎臓疾患 () | <input type="checkbox"/> Otherその他() | | | |

Continued on Next Page

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

No/いいえ Yes/はい

If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

| 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? No無 Yes有 at home 自宅にある
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?

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

| | |
|---|--|
| 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 |

Risk of Falls
転倒の危険度