

Cardiology Questionnaire/循環器科 問診票

Name of patient /患者氏名				For staff only /医療機関記入欄	BT=	°C
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年 (Month/月	Day/日		BP=	/分
	Years old/歳)			RR=	mmHg	
				SPO2=	/分	
Height/Weight/身長・体重					%	
	cm		kg	Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male/男性	<input type="checkbox"/> Female/女性

症状 What is the problem today? (Check all that apply.)/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Irregular pulse /脈が乱れる | <input type="checkbox"/> Pain/痛み | <input type="checkbox"/> Have a palpitation/動悸がする | <input type="checkbox"/> Cold sweat/冷汗 |
| <input type="checkbox"/> Heaviness in chest /胸が重たい | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing/息苦しさ | <input type="checkbox"/> Shortness of breath/息切れ | |
| <input type="checkbox"/> Swelling (face, hands, feet) /むくみ(顔・手・足) | <input type="checkbox"/> Cold hands and feet/手足が冷たい | <input type="checkbox"/> Lightheadedness/立ちくらみ | |
| <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

When does the symptom occur? /症状はどのようなときに現れますか。

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Morning/朝 | <input type="checkbox"/> Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> While in bed/就寝中 | <input type="checkbox"/> When waking up /起床時 | <input type="checkbox"/> Irregular /不定期 |
| <input type="checkbox"/> When going up and down stairs and slopes/階段や坂道を歩くとき | | | <input type="checkbox"/> Other(s) /その他: | | |

What is the symptom like? /症状はどのような性質を持っていますか。

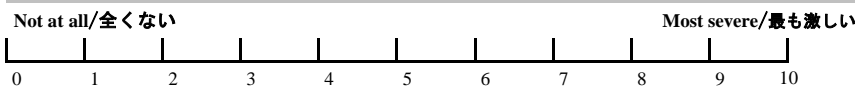
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Constant/絶え間なく、続いている | <input type="checkbox"/> The symptom worsens when feeling tired. /疲労を感じた時にひどくなる | <input type="checkbox"/> The symptom comes and goes. /症状が出たり、消えたりしている |
| <input type="checkbox"/> The symptom gets better when sitting down. /座ることにより、楽になる | <input type="checkbox"/> The symptom is gradually worsening. /徐々にひどくなっている | <input type="checkbox"/> The symptom is associated with meals. /食事と関係している |

痛み Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか?

- No/いいえ Yes/はい

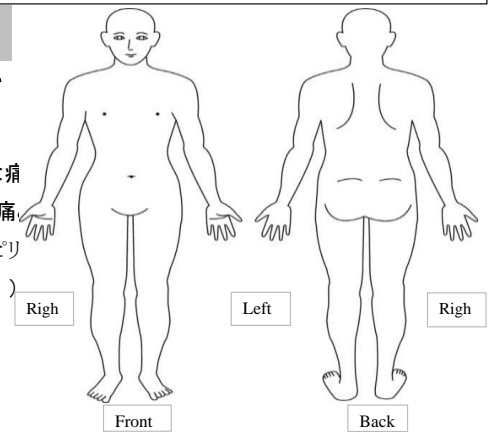
Circle the area where you are experiencing the pain.

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"/> Squeezing pain/締め付けられるような痛み | <input type="checkbox"/> Burning pain/焼けるような痛 |
| | <input type="checkbox"/> Tingling pain/ちくちくするような痛み | <input type="checkbox"/> Stabbing pain/刺すような痛 |
| | <input type="checkbox"/> Throbbingズキズキ <input type="checkbox"/> Dull ズーン | <input type="checkbox"/> Heavy重たい <input type="checkbox"/> stingピリピリ |
| | <input type="checkbox"/> Shooting電気が走る <input type="checkbox"/> Otherその他 () | |

- | | | |
|---------------------|---------------------------------------|--|
| Frequency いつ | <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 () | |



既往歴 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	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

アレルギー /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 ()

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

No/いいえ Yes/はい Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年_____Month/月

***If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。**

お酒 Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。

No/いいえ Yes/はい Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール _____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー _____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒 _____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン _____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他 _____ml/Day/日	

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(Cane杖・Walker歩行器)
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
Do you have an attendant? /付き添いはいますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Did you drive your own car, bicycle or motorcycle when you came to the hospital? /来院時ご自分で車、自転車、オートバイの運転をしてきましたか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい

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。