

## Gastroenterology Questionnaire/消化器科 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)			PR=	/分
Year/年 Month/月 Day/日 (Years old/歳)	Height/Weight/身長・体重 cm kg	Sex/性別	BP=	mmHg
			RR=	/分
			SPO2=	%
			<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。)

- Nausea/吐き気     Vomiting/嘔吐     Diarrhea/下痢     Burping/げっぷ     Constipation/便秘     Heartburn/胸やけ
- Vomiting blood  
/血を吐く     Appetite loss  
/食欲減退     Weight loss  
/体重減少     Food stuck in throat/食事がのどにつかえる
- 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)
- Other(s)/その他:  
他:

**Check all that apply about your stool/便の性状に☑してください。**

- Normal/普通     Grayish white  
/灰白色     Brown/茶色     Black/黒色     Bloody/血便     Watery/水様
- Soft/軟便     Hard/硬い便    \*Stool frequency per day  
/一日の排便回数: \_\_\_\_\_time(s)/day/回/日

**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。**

- Morning/朝     Daytime/昼     Evening/夕方     While in bed/就寝中     When waking up  
/起床時     Irregular  
/不定期
- 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。**

- Constant/絶え間なく、続いている     The symptom is gradually worsening  
/徐々にひどくなってきている
- The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている     Other(s)/その他

Circle the area where you are experiencing the pain.  
/痛みのある部分に○を付けて下さい。

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

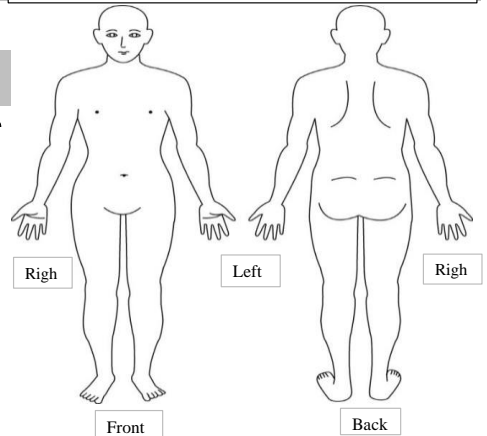
- No/いいえ     Yes/はい

**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?**

Not at all/全くない    Most severe/最も激しい  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

- Types of pain**  
どんな
- Throbbingズキズキ     Dullズーン     Heavy重たい     stingビリビリ
  - Prickingチクチク     Shooting電気が走る     Otherその他( )

- Frequency**  
いつ
- Alwaysいつも     When you move動くと     When you touch触ると
  - Sometimes時々     Can't sleep with痛みで眠れない
  - 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?

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

**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)
Risk of Falls 転倒の危険度 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。