

Internal Medicine Questionnaire/内科 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		PR=	/分
	(Years old/歳)			BP=	mmHg	
				RR=	/分	
Height/Weight/身長・体重				SPO2=	%	
	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"/> 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 sulggish /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) | | |
| <input type="checkbox"/> Other(s) /その他: | | | | | |

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

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal/普通 | <input type="checkbox"/> Grayish white /灰白色 | <input type="checkbox"/> Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> Black/黒色 | <input type="checkbox"/> Bloody/血便 | <input type="checkbox"/> Watery/水様 |
| <input type="checkbox"/> Soft/軟便 | <input type="checkbox"/> 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。

- | | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| <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"/> 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。

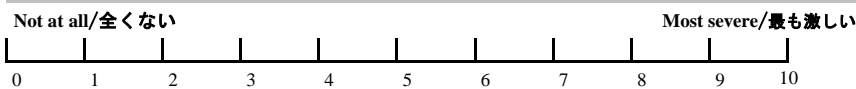
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Constant/絶え間なく、続いている | <input type="checkbox"/> The symptom is gradually worsening /徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他 |

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?

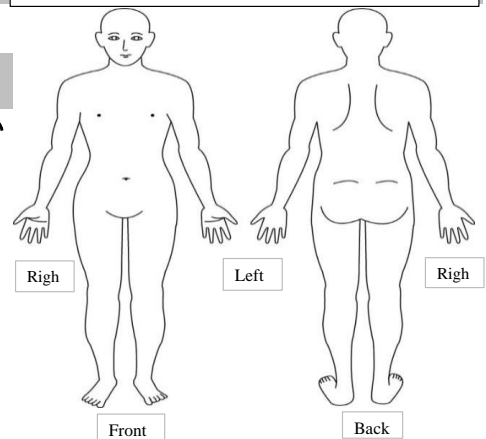
- No/いいえ Yes/はい

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?



- Types of pain 痛みの種類**
- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <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"/> stingビリビリ |
| <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 痛みの頻度**
- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alwaysいつも | <input type="checkbox"/> When you move動くと | <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() | | |



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"/> Arrythmia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)
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。