

Name 氏名	Date of Birth 生年月日: Y /M /D
	Age 年齢: Sex 性別: <input type="checkbox"/> Male男 <input type="checkbox"/> Female女
Address 住所	Tel 電話番号 Home 自宅: Mobile 携帯:

Height 身長 () cm

Weight 体重 () Kg

1. Symptoms 身体に関する症状

- Pain 身体の痛み (Where 部位:)
- Stiffness 体の凝り (Where 部位:)
- Edema むくみ (Where 部位:)
- Itch かゆみ (where 部位:)
- Rash 発疹 (Where 部位:)
- Swelling 腫れ (Where 部位:)
- Chest Pain 腰痛
- Angina Pectoris 胸がしめつけられる
- Palpitations 動悸
- Shoulder stiffness/pain 肩こり・肩の痛み
- Dizziness たちくらみ
- Lethargy 身体がだるい
- Other その他 ()

2. From when have you this symptoms? いつからこの症状がありますか?

()

3. We ask your medical history. Choose following illnesses if you have had before.

既往症についてお聞きします。これまでにかったた病気で以下にあてはまるものがあれば選んでください。

- Tuberculosis 結核
- Stroke 脳卒中
- Heart disease 心臓病
- Diabetes 糖尿病
- Cancer がん
- Kidney disease 腎臓病
- Hypertension 高血圧
- Liver disease 肝臓病
- Surgery 手術()
- Other その他 ()
- No, I have not had any illness written above. いずれの病気もなったことはない。

4. Are you currently attending other hospital? 現在、通院していますか?

- Yes(Hospital:)
- No

5. Do you take any medication? 定期的に飲んでいる薬がありますか?

- Yes()
- No

6. Have you ever had any allergic reactions to drugs or injections?

薬や注射でアレルギー反応を起こしたことがありますか?

- Yes()
- No

7. Currently do you smoke cigarettes? 現在タバコを吸いますか?

- Yes. I smoke () cigarette (s) a day.
- No

8. Do you drink alcohol? お酒を飲みますか?

- Yes (To 8-1)
- No(To 9)

8-1. How much do you drink a day? 一日にどれくらい飲みますか?

()

9. What is your emergency contact details? 緊急時の連絡先は何ですか?

Relationships 続柄 () Tel ()

10. A question for woman. 女性の方への質問です。

Pregnant 妊娠 (Yes No) Menstrual 月経 (M /D) Menopause 閉経(Age)

Thank you very much