

Suzuki Clinic Medical Questionnaire

鈴木クリニック 問診票

この問診票へご記入頂く事により、よりの確な診断をする事が可能となります。もし答えたくない項目がある場合は、空欄で結構です。また詳しく覚えてない場合は、覚えている範囲内でもっとも妥当であろうと思われる情報をご記入下さい。個人情報の秘匿は守られます。

Your answers on this form will help your health care provider better understand your medical concerns and conditions better. If you are uncomfortable with any question, do not answer it. If you cannot remember specific details, please provide your best guess. All information given here is strictly confidential. Thank you!

▼ Patient Information (受診者情報)

Last Name 姓 _____ First Name 名 _____ Gender 性別 (M 男 / F 女)

DOB 生年月日(mm/dd/yyyy) ____/____/19 Appointment 予約日時 ____/____/20

Phone 電話番号 _____ Occupation 職業 _____

Email メールアドレス _____

▼ 今回のご来院はどのような症状のためですか？ What is the medical problem for this visit?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 熱がある Fevers _____ F / C | <input type="checkbox"/> 寒気 Chills | <input type="checkbox"/> 喉の痛み Sore throat |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 Runny nose | <input type="checkbox"/> せき Cough | <input type="checkbox"/> たん Sputum production |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 Headache | <input type="checkbox"/> 吐き気 Nausea | <input type="checkbox"/> 口渇 Excessive thirst |
| <input type="checkbox"/> 呂律が回らない Difficulty speaking | <input type="checkbox"/> 胸痛 Chest pain | <input type="checkbox"/> 動悸 Palpitations |
| <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 Tightness in chest | <input type="checkbox"/> 息切れ Shortness of breath | |
| <input type="checkbox"/> 胸焼け Heartburn | <input type="checkbox"/> 胃痛 Stomachache | <input type="checkbox"/> めまい Dizziness |
| <input type="checkbox"/> 腹が張る Abdominal bloating | <input type="checkbox"/> 腹痛 Abdominal pain | <input type="checkbox"/> 耳鳴り Ringing in ears |
| <input type="checkbox"/> 下痢 Diarrhea | <input type="checkbox"/> 血便 Blood in stool | <input type="checkbox"/> 嘔吐 Vomiting |
| <input type="checkbox"/> 頻尿 Frequent urination | <input type="checkbox"/> 血尿 Blood in urine | |
| <input type="checkbox"/> 排尿痛 Pain with urination | <input type="checkbox"/> しびれ Numbness | <input type="checkbox"/> 腰痛 Backache |
| <input type="checkbox"/> 発疹 Rash | <input type="checkbox"/> かゆみ Itching | <input type="checkbox"/> むくみ Swelling |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 High blood pressure | <input type="checkbox"/> 体重の増減 Weight loss/gain | |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 Loss of appetite | <input type="checkbox"/> だるい Malaise | |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい Gets tired easily | | |
| <input type="checkbox"/> 痛み Pain in... _____ が痛い | | |

その他 Other:

※ いつ頃から症状がありますか？ How long has this been a problem? _____

▼ 現在服用している薬やサプリメント CURRENT MEDICATIONS and SUPPLEMENT

現在服用している薬やサプリメントの名前、用量と回数をご記入下さい。Name, Amount and frequency taken

▼ 薬、食べ物その他にアレルギーのある場合はご記載下さい

List any allergies to medication, food and others:

▼ 既往歴 Past Illnesses and Surgical Histories

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害 Cerebrovascular disease | <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma | <input type="checkbox"/> 甲状腺異常 Thyroid problems |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 Heart disease | <input type="checkbox"/> 肝臓病 Liver disease | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 Kidney disease | <input type="checkbox"/> B/C 型肝炎 Hepatitis B or C | <input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> 痙攣/癲癇 Convulsions/Epilepsy | <input type="checkbox"/> がん Cancer (種類 What kind? _____) | <input type="checkbox"/> 精神疾患 Mental disease |
| <input type="checkbox"/> エイズ HIV | | |
| <input type="checkbox"/> その他 Other _____ | | |

上の既往歴のリストにチェックのある場合は、病名、発症年齢、経過等をご記入下さい。

(例: 脳卒中、1996年。軽い脳卒中で倒れ一時的に左腕が麻痺。三週間の入院の後回復した。)

If you checked any of above list, please write the name of the illness, date discovered and current status.

(Ex, Stroke, 1996, I had minor stroke which caused temporary paralysis in left arm. I was monitored in hospital for three weeks and recovered.)

▼ 手術歴 Have you had any operations before? YES, NO

手術歴のある場合は、手術を受けた年齢と、手術の種類ご記入下さい。

If YES, when and what kind?

▼ 輸血歴 Have you had a blood transfusion? YES, NO

輸血歴ある場合は、いつどんな種類の手術を受けられたかご記入下さい。

If YES, when and the reason?

▼ 家族既往歴 Family Health History

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 High blood pressure | <input type="checkbox"/> 心臓病 Heart disease | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 Kidney disease | <input type="checkbox"/> 肝臓病 Liver disease | <input type="checkbox"/> 精神疾患 Mental disease |
| <input type="checkbox"/> 遺伝子疾患 Hereditary diseases | <input type="checkbox"/> がん Cancer どの (種類) (_____) | |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害 Cerebrovascular disease | <input type="checkbox"/> その他 Other _____ | |

上の既往歴のリストにチェックのある場合は、どなたが、どれくらいの年齢で罹られたかご記入下さい。

ガンの場合は、どの種類かもお書き下さい。 If you checked any of above list, please write the name of the illness, who, (if cancer, what kind) and how old.

▼女性のみ Questions for Women

- ・最終月経の開始日 Starting date of the last period. _____
- ・妊娠していますか？ Are you pregnant?
 NO YES 何週目ですか _____ Weeks , わからない Not Sure
- ・授乳中ですか？ Are you currently breastfeeding? NO YES
- ・避妊用のピルを服用していますか？ Are you taking contraceptive pills? NO YES
- ・閉経になった年齢 Age of menopause _____

▼生活習慣 Lifestyle

- ・食事は1日3食とっていますか？ Do you have meals 3 times a day?
 YES NO (1日何食？ How often? _____/day)
- ・どのような食べ物を食べていますか？ What kind of food do you eat?

- ・タバコを吸いますか Do you smoke? YES NO
吸われる場合、一日の本数は？ 何年吸っていますか？ If yes, how many a day and how long?

- ・以前吸っていたが今はやめている。Did you smoke before? YES NO
吸っていた場合、一日の本数は？ If yes, how many a day? _____
いつやめましたか？ When did you quit? _____
- ・アルコール Alcohol
定期的にお酒を飲みますか？ Do you regularly dring alcohol? YES NO
飲まれる場合、一週間にどれくらいの量飲みますか？ If Yes, how much in 1 week?

- ・カフェイン Caffeine NO YES YES の場合、一日にどれくらい？ If yes, how much a day?

- ・運動 Exercise
定期的運動していますか？ Do you exercise regularly? YES NO
YES の場合、何をどの程度？ If yes, how often and what kind? _____

▼ その他のコメント Other Comments

ご記入ありがとうございました。 Thank You!