

MEDICAL Questionnaire

From the questions below, check your answer and please write in details.

Name 氏名 : _____ Age 年齢 : _____

Sex 性別 : (M / F) Smoking 喫煙 : (Yes / No)

Dominant hand 利き手 : (Right handed / Left handed)

Occupation 職業 : _____

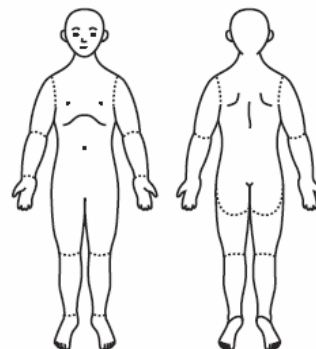
※Please circle the applicable items below. 下記にあてはまるものがあれば、○もしくは記入してください。

Office work デスクワーク / Sales 営業 / Standing work 立ち仕事 / Hard labor 重労働 / Housewife 主婦 /
Unemployed 無職 / Student 学生

1. About your symptoms. 現在の症状についてお聞かせ下さい。

①Please circle the affected area(s) in the diagram on the right.

症状のある部位を右図に示して下さい。



②Please circle the types of your symptoms below. どんな症状ですか？

Pain 痛み / Numbness しびれ / Swelling 腫れ / Deformation 変形 /

Hard to move 動きが悪い / Others その他 _____

③When did the symptoms start? いつ頃からその症状がありますか？

Year 年 () Month 月 () Date 日 ()

{ Cause of the symptoms 原因 : _____ }

④What do the symptoms occur? どんな時に症状が出現し、あるいは悪化しますか。

{ _____ }

⑤Have you been to the other hospital for this symptoms? _____

(Yes / No)

今回の症状で他の病院を受診したことはありますか？

Name of the hospital 病院名 (_____)

When was the last consultation? 受診した日 (_____)

Treatment content 治療内容 (_____)

⑥Athletic activities. 運動をしている方へ

Sports 種目 :

Team 所属 :

Next scheduled match 試合予定 :

※Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary.裏面もご記入ください。

★If you have answered the following questions before and have no alteration, please skip them.

以下は、2回目以上の来院の方で、前回記載内容と変化がなければ記入不要です。

- Do you have allergies to medications? 薬によるアレルギー (Yes / No)
(Medicine 薬剤名: Symptoms 症状:)
 - Asthma 喘息 (Last attack of asthma 最終発作:)
 - If you have applicable diseases below, please circle them.該当するご病気があれば○を付けて下さい
- High blood pressure 高血圧 / Diabetes 糖尿病 / Heart disease 心臓病 / Brain disease 脳疾患 /
Liver disease 肝臓病 / Kidney disease 腎臓病 / Other その他 ()

2. Are you currently undergoing medical treatment for any other diseases? (Yes / No)

現在治療中の病気はありますか？

Name of diseases 病名:

Since いつから:

Name of the hospital 病院名:

Prescribed medicine 服用中の薬:

※If you have the prescription record (note), please present it to the staff.

お薬手帳をお持ちの方は提示してください。

3. Please list all the previous surgeries for diseases or injuries.

今までにかかれた病気やけがで、入院・手術があればすべて記入してください。

Name of diseases(injuries) 病名:

When いつ:

Name of the hospital 病院名:

4. If you have the applicable items below, please circle them. 該当する項目があれば○を付けて下さい。

Cardiac pacemaker 心臓ペースメーカー / Cerebral artery clip 脳外科クリップ / Implanted metal 体内金属
Intraocular lenses 眼内レンズ / Contact lenses コンタクトレンズ / Tattoo 刺青 / Claustrophobia 閉所恐怖症
Dental implant インプラント / Dental bridge ブリッジ / Dental orthodontic 矯正

For women

Is there possibility that you are pregnant? (Yes / No)

現在妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか？

Expected date of birth 予定日:

Are you breastfeeding? 授乳中ですか? (Yes / No)

Thank you.

Please wait until the staff comes.