

Questionnaire for first visit 問診票

year 年/ month 月/ day 日

Name	Last 姓	First 名	性別	女・男	生年月日
			sex	F・M	date of birth
age years old/才 year/ month/ day					
住所 address	〒 電話番号				
	Home phone number () Cell phone number ()				
Female only 女性の方	Are you pregnant? (妊娠中) Yes/No Are you breast feeding? (授乳中) Yes/NO				

Height (身長) () cm Weight (体重) () kg

Normal temperature 平熱 () °C Current temperature 現在の熱 () °C

What symptom do you have? どんな症状か教えてください。

When did the symptoms start? いつから

Have you previously had any of the diseases listed below? 下記の病気にかかったことがありますか?

angina 狭心症・ arrhythmia 不整脈・ glaucoma 緑内障・ enlarge prostate 前立腺肥大・ asthma ぜんそく
high blood pressure 高血圧・ diabetes 糖尿病・ dyslipidemia 脂質異常・ depression うつ病
cancer 癌・ graves diseases ハセドウ病・ other その他 ()

Are you currently taking any medications? Yes / No 服用中のお薬がありますか? はい・いいえ

Medications name 薬の名前 _____

Are you allergic to any foods or medications? Yes / No 食べ物や薬にアレルギーはありますか? はい・いいえ

Yes はい → medication 薬 ()・ food 食べ物 ()・ pollen 花粉
alcohol swab アルコール綿・ other その他 ()

Please circle any family history of disease. ご家族の方の病気に○をつけて下さい

stroke 脳梗塞・ subarachnoid bleeding くも膜下出血・ heart disease 心臓病

high blood pressure 高血圧・ diabetes 糖尿病・ blood disease 血液疾患

cancer がん (type 種類: _____)・ thyroid gland disease 甲状腺疾患・ mental disease 精神疾患

other その他 (_____)

Have you been to overseas within 4 months? 4か月以内に海外旅行に行きましたか?

Yes 行った(destination 行先_____)/ No 行ってない