

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 : _____

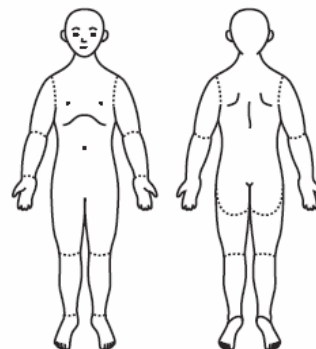
※Please circle the applicable items below. 下記にあてはまるものがあれば、○もしくは記入してください。

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。

① Please 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。



② Please 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 _____

③ When 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 :]

④ When 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。

[]

⑤ Have 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 ()

⑥ Athletic 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/ Dyslipidenia 脂質異常症/
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.

今までにかかられた病気やけがで、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/
Claustrophobia 閉所恐怖症/ Dental implant インプラント/ Dental bridge ブリッジ/ Dental orthodontic 矯正/
Contact lenses コンタクトレンズ/
Tattoo 刺青(body parts 部位)

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.