

## Internal Medicine Questionnaire/内科 問診票

<b>Name of patient</b> /患者氏名				<b>BT=</b>		<b>°C</b>
<b>Date of birth</b> /生年月日 (西暦)	Year/年	Month/月	Day/日	<b>For staff only</b> /医療機関記入欄	<b>PR=</b>	<b>/分</b>
	( Years old/歳)				<b>BP=</b>	<b>mmHg</b>
					<b>RR=</b>	<b>/分</b>
					<b>SPO2=</b>	<b>%</b>
<b>Height/Weight/身長・体重</b>				<b>Sex/性別</b>	<input type="checkbox"/> Male/男性	<input type="checkbox"/> Female/女性
<b>Allergies</b> /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物:					
	<input type="checkbox"/> Medicine/薬:					

**What is the problem today? (Check all that apply.)**  
/今日はどうのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

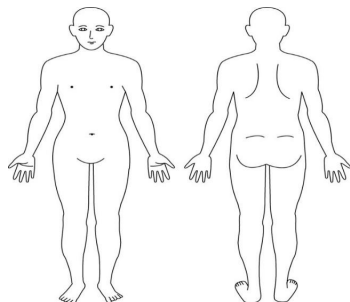
- |  |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever/発熱            | <input type="checkbox"/> Cough/咳                | <input type="checkbox"/> Runny nose/鼻水           | <input type="checkbox"/> Phlegm/痰  | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing/息が苦しい | <input type="checkbox"/> Palpitation/動悸   |
| <input type="checkbox"/> Feel sulgish/身体がだるい | <input type="checkbox"/> Get easily tired/疲れやすい | <input type="checkbox"/> Shortness of breath/息切れ | <input type="checkbox"/> Dizziness/めまい   | <input type="checkbox"/> Loss of appetite/食欲がない     | <input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐      |
| <input type="checkbox"/> Bloody stool/血便     | <input type="checkbox"/> Frequent urination/頻尿  | <input type="checkbox"/> Bloody urine/血尿         | <input type="checkbox"/> Weight loss/体重減少  | <input type="checkbox"/> Feel thirsty/喉が渇く          | <input type="checkbox"/> Hypertension/高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Paralysis/麻痺        | <input type="checkbox"/> Swelling/むくみ           | <input type="checkbox"/> Hives/じんましん             | <input type="checkbox"/> Insomnia/不眠   | <input type="checkbox"/> Numbness/しびれ               | <input type="checkbox"/> Nausea/吐き気       |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea/下痢         | <input type="checkbox"/> Itchiness/かゆみ          | <input type="checkbox"/> Pain/痛み                 | <input type="checkbox"/> I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた。(健診含む) |   | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他:    |

**Check all that apply about your stool.**  
/便の性状に☑してください。

- |  |                                   |  |                                    |                                    |                                  |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grayish white/灰白色 | <input type="checkbox"/> Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> Black/黒色                      | <input type="checkbox"/> Bloody/血便 | <input type="checkbox"/> Watery/水様 | <input type="checkbox"/> Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> Normal/普通         | <input type="checkbox"/> Hard/硬い便 | *Stool frequency per day/一日の排便回数: _____time(s)/day/回/日 |                                    |                                    |                                  |

**Describe your symptoms.**  
/症状についてご質問します。

Circle the place where you are experiencing the symptom.  
/症状のある部分に○を付けて下さい。



When does the symptom occur?  
/症状はどのようなときに現れますか。

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Morning/朝          | <input type="checkbox"/> Daytime/昼     | <input type="checkbox"/> Evening/夕方    | <input type="checkbox"/> While in bed/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> When waking up/起床時 | <input type="checkbox"/> Irregular/不定期 | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他: |   |

What is the symptom like?  
/症状はどのような性質を持っていますか。

- Constant/絶え間なく、続いている
- The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている
- The symptom is gradually worsening/徐々にひどくなってきている
- Other(s)/その他

**When did the symptom start?**  
/この症状はいつからありますか。

\_\_\_\_\_ Year/年 \_\_\_\_\_ Month/月 \_\_\_\_\_ Day/日      From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ am/pm  
午前・午後      時      分ごろから

**Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?**  
/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- No/いいえ     Yes/はい

**\*Show us your medication or a medicine pocketbook.**  
**/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。**

	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?**  
**/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？**

No/いいえ  Yes/はい

If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
 /「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)		Treatment progress /治療経過		Hospital name /医療機関名
		<input type="checkbox"/> Recovered/治癒	<input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中	
		<input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
		<input type="checkbox"/> Recovered/治癒	<input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中	
		<input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
		<input type="checkbox"/> Recovered/治癒	<input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中	
		<input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
		<input type="checkbox"/> Recovered/治癒	<input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中	
		<input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Untreated/未治療	

**<List of diseases/疾患リスト>**

System of disease /疾患の系統		Disease names /疾患名			
①	Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Hepatitis/肝炎	c. Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Others/その他
②	Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧	b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Arrhythmia/不整脈	d. Heart failure/心不全 e. Others/その他
③	Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息	b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Pneumonia /肺炎	d. Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. Others/その他
④	Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Urinary tract infection /尿路感染症	d. Others/その他
⑤	Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction /脳梗塞	b. Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Epilepsy/てんかん	d. Others/その他
⑥	Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /糖尿病	b. Hyperlipidemia /高脂血症	c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Others/その他
⑦	Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Osteoarthritis /変形性関節症	d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア e. Gout/痛風
⑧	Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Dysmenorrhea /月経困難症	c. Infertility/不妊症	d. Others/その他
⑨	Eye disease /眼の疾患	a. Cataract/白内障	b. Glaucoma/緑内障	c. Retinopathy/網膜症	d. Others/その他
⑩	Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん	b. Colon cancer/大腸がん	c. Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. Breast cancer/乳がん e. Uterine cancer/子宮がん
		f. Lung cancer/肺癌	g. Others/その他		
⑪	Mental disease /精神の疾患	a. Depression/うつ病	b. Schizophrenia /統合失調症	c. Others/その他	
⑫	ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing /難聴	b. Dizziness/めまい	c. Ear noise/耳鳴	d. Pollen allergy/花粉症 e. Others/その他
⑬	Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/貧血	b. Leukemia/白血病	c. Others/その他	
⑭	Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)	c. Others/その他	

**Have you ever had surgery?**

/今までに手術をしたことがありますか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい

If you checked "Yes", write the history of your surgery.  
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※ If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.  
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

**Do you smoke regularly?**

/習慣的に、たばこを吸いますか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年 _____Month/月

\*If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.  
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

**Do you drink regularly?**

/習慣的にお酒を飲みますか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール	_____ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー	_____ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒	_____ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン	_____ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他	_____ml /Day/日		

**If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?**

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Do not know/わからない

**Are you breastfeeding?**

/現在、授乳中ですか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい

**If you have a special request concerning the consultation, check the box.**

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- 
- I would like to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- 
- 
- Other(s)/その他 :