日付　Date

診察時用 問診票

名前(ローマ字) NAME	年齢 AGE	性別 GENDER
		○男 M　・○女 F

1 症状　Symptom

□ 発熱　Fever
□ 頭痛　Headache
□ 喉の痛み　Throat　Pain
□ 咳　Cough
□ 痰　Phlegm
□ 鼻水　Runny　Nose
□ 腰痛　Back　Pain
□ 下痢　Diarrhea　（一日　回）
□ 嘔吐　Vomit　（一日　回）
□ 腹痛　Abdominal　Pain
□ 食欲不振　Anorexia
□ 発疹　Rashes
□ 全身倦怠　General　Fatigue
□ その他 Other（　　）

2 いつからですか？　Since when have you had the symptoms?

（　　）

3 治療をうけましたか？Have you taken any medical treatment?

○ はい　Yes:
　○ 薬を服用した。Took some medicine. 薬の名前 Name of the medicine（　　）
　○ 他病院で診療を受けた。Received medical treatment in another clinic.
○ いいえ　No

4 薬のアレルギーがありますか？Do you have allergies to medicines?

○ はい Yes　アレルギーの名前 Name of allergy（　　）
○ いいえ　No

5 過去に手術または入院をされたことがありますか？

Have you got surgery or hospitalized in the past?

○ はい Yes　病気の名前 Name of sickness（　　）
○ いいえ No

6 現在、加療中の病気はありますか？Do you have any sickness currently under treatment?

○ はい Yes　病気の名前 Name of sickness（　　）
○ いいえ No

7 現在服用中の薬があれば、ご記入ください。Name of the medicine you are currently taking.

（　　）＊名前がわからない時は、効用をご記入ください。

8 女性の方にお聞きします。

妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？Are you pregnant or might be pregnant?

○ はい Yes
○ いいえ No

授乳中ですか？ Do you give breast-feeding?

○ はい Yes
○ いいえ No