

Questionnaire regarding the current symptoms

今回の症状に関する問診

Patient's name

氏名

* If you have a referral letter, MRI or other test data, please submit it to the reception.

紹介状・MRI等は受付へ。

* Purpose of visit Examination Surgery Other

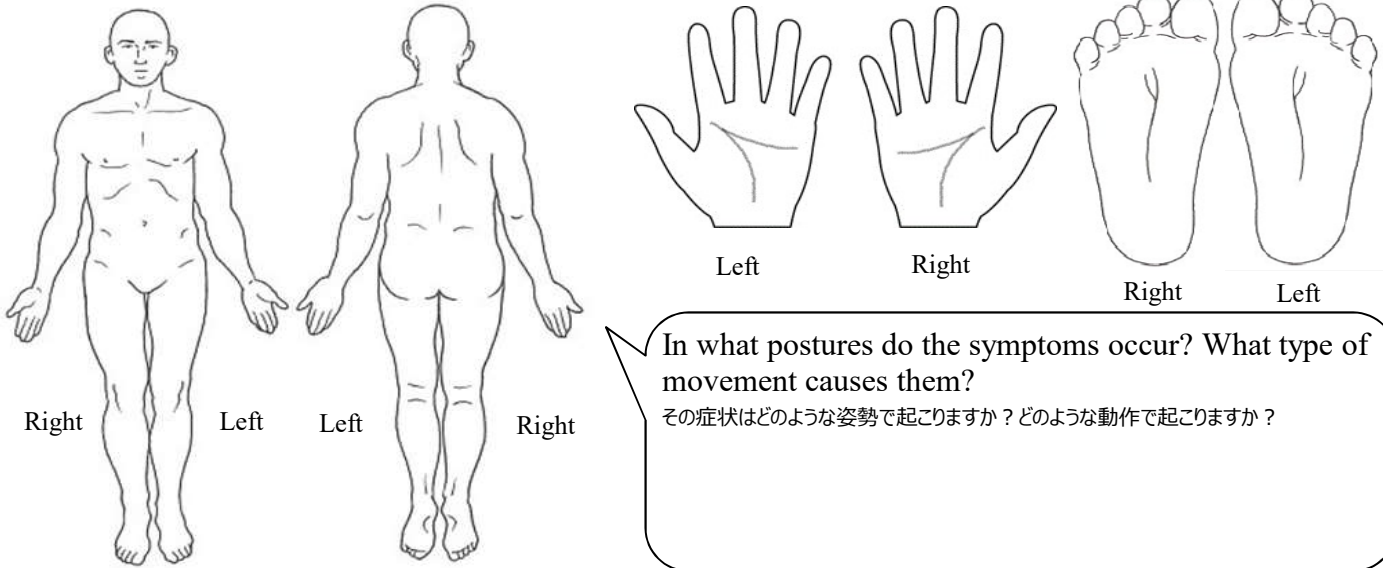
受診の目的

検査

手術

他

* What symptoms do you have? Please put a circle in the area and write down what kind of symptoms (pain, numbness, tightness, etc.).



* From when do you have the symptoms? (If you have any triggers, please fill in). その症状はいつから? (きっかけ)

* Are the symptoms getting worse? その症状は悪くなっていますか?

Getting worse 悪化

Getting better 改善

It has remained at the same level ほぼ同じ状態が続いている

* Have you ever received any treatment for your symptoms?

No 治療を受けていない

Yes 治療を受けていた → Where did you get treatment? どこで受けましたか?

* Following questions are **for those with back pain symptoms**: 腰痛の症状がある方のみへの質問です

Back pain here is pain in the middle of the lower back, slightly above where the belt is placed. Pain in the buttocks is not considered back pain here.

ここでの腰痛とは、腰のベルトをする場所より少し上の真ん中あたりの痛みです。臀部の痛みは、ここでは腰痛としません。

1 Do you have back pain after sitting for long time?

長時間の座位で腰が辛い

Yes No

2 Do you have back pain after sitting for long time and then getting up?

長時間の座位のあと、立ち上がる動作で腰痛

Yes No

3 Does your back hurt and want to mosey around after sitting for long time?

長時間の座位で、腰痛によりもぞもぞ動く

Yes No

4 Have you experienced severe back pain several times before?

今まで何度か激しい腰痛があった

Yes No

5 Does your back hurt when you lift heavy stuff?

重量物を持ち上げる時、腰痛がある

Yes No

6 Does your back hurt when you wash your face?

洗顔の動作で腰痛がある

Yes No

7 Is your lower back pain is stronger when bending forward?

前屈したほうが腰痛は強い

Yes No

Questionnaire regarding medical, surgical history and medications

いままでの病気、薬、手術などについての問診

* Which diseases are you currently treating or monitoring? 現在治療中、経過観察中の病気を教えてください。

	Yes	No	治療薬	Yes	No	
• Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	On medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	On medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病
			(Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	インスリン
			Recent hemoglobin A1c values :			_____
			最近のヘモグロビンA1c値			
• Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	On medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	喘息
• Stroke / Brain hemorrhage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	On medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳梗塞、脳出血
• Rheumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	On medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リウマチ
• Hay fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	On medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	花粉症
• Heart disease 心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Disease name:)
• Liver disease 肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Disease name:)
• Kidney disease 腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Disease name:)
• Other その他			Disease name:	_____		
			Disease name:	_____		
			Disease name:	_____		

* Questions for women: Is there a possibility of pregnancy? 現在妊娠している可能性はありますか？
 No Yes

* Have you submitted the medication list (prescription record)? お薬手帳を提出しましたか？
 Yes No

* Let us know if you have any medications that are not in your medication list.
• If you haven't submitted the medication list, please fill in all medication you are taking or using.
• If surgery is required and you are taking low-capacity pill, fill out this form because pill needs drug suspension.
お薬手帳に書いていない薬があれば教えてください。お薬手帳を提出してない場合は内服・使用しているお薬をすべて記入してください。低用量ピルは手術になる場合
休薬が必要ですので必ず記入してください。

(_____)

* What past illnesses have you had that are not currently being treated (illnesses that have been treated or done surgery).
現在は治療を受けていない過去の病気（手術、治療が終わった病気）を教えてください。

(_____)

* Do you have any allergies? Let us know if you have allergies to medications, metals or foods.
アレルギーはありますか？薬、金属、食品などにアレルギーがあれば教えてください。

(_____)

Other questions

その他の問診

- * Have you returned from abroad (countries except Japan) within 14 days? 14日以内の海外滞在歴
 No なし
 Yes あり → Which countries? Fill out all of them. どの国ですか?
-

- * How did you know this hospital? 当院をどのようにして知ったか?
 Referral from doctor 医師からの紹介
(Recommended by the doctor Asked the doctor for referral) 医師から/自分から
 Referral from family member or acquaintance who has undergone surgery at this hospital 家族・知人
 Web searching by family member or acquaintance 家族・知人が調べた
 Web searching by yourself 自分で調べた
 TV programs, magazines, newspapers or books テレビ、雑誌、新聞、本など
(Which programs, magazines or books? どの番組、新聞、本などですか?)
 Advertisement at stations or on buses 駅、バスなどの広告
(Which advertisement? どの広告ですか?)
 Other 其他 ()

- * Question those who came to this hospital through internet search. インターネットで検索された方へ
What was the deciding factor to visit this hospital (Multiple answers allowed)? 当院を受診する決め手
 Large number of surgery cases 手術件数が多い Many patients got better 良くなった患者が多い
 Good description on the website ホームページの説明が良い Various treatment methods 様々な治療法
 Short hospitalization 入院が短い Be able to return normal life soon 早期日常復帰
 Less postoperative pain 術後の痛みが少ない Short wait for surgery 手術まで待たない
 Other 其他 ()

* Causes of chronic pain in the lower back are also considered to include social as well as orthopaedic factors. Please answer the following questions.

慢性的な腰痛は整形外科的な原因だけでなく、社会的な要因も含むといわれています。下記の内容についてお答えください

1 Do you feel like crying or actually cry?

泣きなくなったり、泣いたりする事がある

No
いいえ

Sometimes Yes
時々ある

Almost always Yes
ほとんどいつもある

2 Do you feel miserable or unhappy?

いつもみじめで気持ちが浮かない

No
いいえ

Sometimes Yes
時々ある

Almost always Yes
ほとんどいつもある

3 Do you feel tense or irritated?

いつも緊張して、イライラする

No
いいえ

Sometimes Yes
時々ある

Almost always Yes
ほとんどいつもある

4 Do you think small things annoy or get you angry?

ちょっとした事がしゃくにさわって腹が立つ

No
いいえ

Sometimes Yes
時々ある

Almost always Yes
ほとんどいつもある

5 Do you have normal appetite?

食欲は普通にある

No
食欲なし

Sometimes I lose my appetite
時々なし

Yes
食欲あり

6 Do you feel best at the morning in the one day?

一日の中で朝が一番気分が良い

No
いいえ

Sometimes Yes
時々ある

Almost always Yes
ほとんどいつもある

7 Do you get tired for some reason?

なんとなく疲れる

No
いいえ

Sometimes Yes
時々ある

Almost always Yes
ほとんどいつもある

8 Can you work (or go about your daily life) as usual?

いつもと変わらず仕事（日常生活）ができる

No
できない

Sometimes I can't work
時々できない

Yes
できる

9 Are you satisfied with your sleep?

睡眠に満足している

No
できない

Sometimes I can't be satisfied
時々満足できない

Yes, I'm satisfied
できる

10 Do you have trouble falling asleep due to symptoms other than pain, etc?

痛みなどの症状以外で寝つきが悪い

No
いいえ

Sometimes Yes
時々ある

Almost always Yes
ほとんどいつもある