

Patient Registration Form ID

診察申込書

Name 名前		Name written in Hiragana ひらがなで書いた名前	
Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male 男性	<input type="checkbox"/> Female 女性	Birth date(YYYY/MM/DD) 生年月日
Address or accommodation in Japan 住所又は日本での滞在先 〒			Return date 帰国日
Phone No. (Home) 自宅電話番号		Phone No. (Mobile) 携帯電話番号	
Nationality 国籍		Native language 母国語	Other language その他の言語
Purpose of Visit to Japan <input type="checkbox"/> Vacation <input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Medical care <input type="checkbox"/> Other 来日の目的 旅行 仕事 治療 その他			
Emergency contact details 緊急連絡先			
Emergency Phone 緊急連絡先電話		Name 名前	Relationship 関係

Internal Medicine Questionnaire

内科問診票

1 What is the problem today? (Check all that apply.)

今日どのような症状がありますか。あてはまるものに、✓をつけてください。

- | | | | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cough
咳 | <input type="checkbox"/> Phlegm
痰 | <input type="checkbox"/> Running nose
鼻水 | <input type="checkbox"/> Sore throat
喉の痛み | <input type="checkbox"/> Headache
頭痛 | <input type="checkbox"/> Abdominal pain
腹痛 |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea
下痢 | <input type="checkbox"/> Stomachache
胃痛 | <input type="checkbox"/> Nausea
吐気 | <input type="checkbox"/> Vomiting
嘔吐 | <input type="checkbox"/> Dizziness
めまい | <input type="checkbox"/> Chest pain
胸の痛み |
| <input type="checkbox"/> Palpitation
動悸 | <input type="checkbox"/> Asthma
喘息 | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing
呼吸苦 | | <input type="checkbox"/> Cystitis symptoms
膀胱炎症状 | |

Numbness (Site: _____) Detailed examination based on a checkup result
しびれ (部位: _____) 健診後の再検査

Do you have a fever? → Body temperature _____ °C → When did it start? _____ day(s) ago
熱はありますか? 体温 _____ °C 熱はいつ頃からですか? _____ 日前

2 When did the symptoms start? _____ day(s) ago _____ month(s) ago _____ year(s) ago
症状はいつからですか? _____ 日前 _____ か月前 _____ 年前

3 Did you take any medications for the symptoms? お薬は服用されましたか?

- No いいえ
 Yes はい → Name of medications 薬剤名

(_____)

4 Please check the diseases you have previously had. かつたことがあるものに✓をつけてください。

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes
糖尿病 | <input type="checkbox"/> Hypertension
高血圧 | <input type="checkbox"/> Heart disease
心臓病 | <input type="checkbox"/> Asthma
喘息 | <input type="checkbox"/> Liver disease
肝臓病 | <input type="checkbox"/> Glaucoma
緑内障 |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia
高脂血症 | <input type="checkbox"/> Gastric ulcer
胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> Brain infarction
脳梗塞 | <input type="checkbox"/> Prostatic hyperplasia
前立腺肥大症 | | |
| <input type="checkbox"/> Allergy
アレルギー | (_____) | | <input type="checkbox"/> Other
その他 | (_____) | |

• Are you currently undergoing treatment for the diseases? 治療はされていますか?

- No いいえ
 Yes はい → Name of clinic/hospital 病院名 (_____)

• Are you regularly taking any medications? 常備薬はありますか?

- No いいえ
 Yes はい → Name of medications 薬の名前 (_____)

• Have you ever had any surgery? 手術歴はありますか?

- No いいえ
 Yes はい → Type/name of surgery 手術名 (_____)

* You have more questions in the back side of this sheet.

- 5 Are you taking any health food or supplements? 健康食品やサプリメントを摂っていますか？
 No いいえ
 Yes はい → Type 内容 ()
- 6 Have any oral medications or injections ever made you sick? 内服薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
 No いいえ
 Yes はい → Name of medications 薬の名前 Symptoms 症状
() ()
- 7 Do you smoke? 現在タバコは吸っていますか？
 No いいえ
 Yes はい → cigarettes/day for years
1日の本数 年間
 Used to smoke 以前吸っていた → cigarettes/day for years
1日の本数 年間
- 8 Do you drink alcohol? お酒は飲みますか？
 No いいえ
 Yes はい → Type of alcohol ()
お酒の種類
Amount/day Number of days to drink per week
1日量 1週間に飲む日数
- 9 Is there possibility that you are pregnant? 現在、妊娠している可能性はありますか？
 No いいえ
 Yes はい → months pregnant
妊娠月数
- 10 Have you returned from abroad (countries except Japan) within 10 days? 10日以内に海外から帰国しましたか？
 No いいえ
 Yes はい → Country name 国名 ()
- 11 Have you received any immunizations (vaccines) within the past month? 1か月以内に予防接種（ワクチン）を受けましたか？
 No いいえ
 Yes はい → Vaccine name ワクチン名 ()
Day of vaccination Month Day
接種日 月 日

Please understand and agree with below contents.

- In order to prevent medical accidents, such as the prevention of patient mistakes, our hospital call the patients by name. If you have problems calling by name, please inform us in advance.
 当院は、患者さんの取り違い防止など医療事故防止のため、お名前呼び出しをしております。お名前での呼び出しで支障のある方は予めお申し出ください。
- In our institution, we need to make a photocopy of your health insurance card, residence card or passport.
 当院では保険証・在留カード・パスポートのコピーをさせていただきます。
- If any medical issues occur at this hospital, all issues are handled and resolved according to the Japanese law and Japanese judicial systems inside Japan.
 診療において問題が生じた場合、日本の法律に従い日本国内の裁判所において対応させていただきます。
- If your family or friend will interpret at this hospital, it might occur medical accident due to mistranslate. We do not take responsibility for accident due to mistranslate by your family or friend. Our hospital may use telephone interpretation or machine translation services in the course of medical treatment.
 ご家族や知人が通訳をされる場合、誤訳による医療事故が起こる可能性があります。ご家族、知人の通訳による誤訳によるアクシデントについて、当院では責任を負いかねます。当院では診療にあたり、電話通訳や機械翻訳のサービスを利用することがあります。

Thank you for writing. Iwai Orthopaedic Hospital