

問診票 (Medical Questionnaire)

該当欄にチェックしてください。

Check (☑) all corresponding answers.

日付(Date)

年(Y)

月(M)

日(D)

名前 (フリガナ, Name)	<input type="checkbox"/> 男(M) <input type="checkbox"/> 女(F)	年齢 (Age)
	生年月日(DOB) M.T.S.H.	年(Y) 月(M) 日(D)
住所 (フリガナ, Address)	電話 (Phone)	
〒	自宅(Home) :	
	携帯(Mobile) :	
国籍(Nationality)	言語(Language)	健康保険証の有無(Do you have medical insurance?)
		<input type="checkbox"/> はい (Yes) <input type="checkbox"/> いいえ (No)

1. 御希望の診療科目 (Which department would like to visit today?)

内科(Internal Medicine) 循環器(Cardiology) 精神科(Psychiatry) 皮膚科(Dermatology)

2. 受診の理由をお聞かせください。 (What is wrong with you?)

3. これまでに病気や手術の経験はありますか。 (Have you had any illness or operation in the past?)
はい、の場合は具体的にお聞かせください。

いいえ (No) はい (Yes)

4. 現在、通院中の病気や服用中の薬はありますか。 (Are you presently going to the hospital or taking medication?)

いいえ (No) はい (Yes)

5. 今までに薬の副作用またはアレルギーはありますか。 (Have you ever been allergic to medication, food or anything?)

いいえ (No) はい (Yes)

6. 女性の方へ (Questions for women)

妊娠していますか、またはその可能性はありますか。 (Are you possibly pregnant?)

い い え (No) は い (Yes)

授乳中ですか。 (Are you presently breastfeeding?)

い い え (No) は い (Yes)

御協力ありがとうございました。 Thank you for your cooperation.



医療法人社団 松柏会 山王クリニック 03-3580-5001