

Nakano Central Park Clinic

INTERNAL MEDICINE

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

Name 名前 () Male 男 Female 女

Date of birth 生年月日 () year 年 () month 月 () day 日

Phone 電話 ()

Address 住所 ()

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか? Yes はい No いいえ

Nationality 国籍 () Language 言葉 ()

What are your symptoms? どうしましたか

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> fever(°C) 発熱 | <input type="checkbox"/> sore throat 咽頭痛 | <input type="checkbox"/> cough 咳嗽 | <input type="checkbox"/> headache 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> chest pain 胸痛 | <input type="checkbox"/> rash 発疹 | <input type="checkbox"/> heart palpitation 動悸 | <input type="checkbox"/> shortness of breath 息切れ |
| <input type="checkbox"/> swelling むくみ | <input type="checkbox"/> dizziness めまい | <input type="checkbox"/> tightness in chest 胸が苦しい | <input type="checkbox"/> abdominal pain 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> stomachache 胃痛 | <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧 | <input type="checkbox"/> numbness しびれ | <input type="checkbox"/> excessive thirst 口渇 |
| <input type="checkbox"/> weight loss 体重減 | <input type="checkbox"/> abdomen feels swollen 腹部膨満 | | <input type="checkbox"/> loss appetite 食欲不振 |
| <input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐 | <input type="checkbox"/> nausea 嘔気 | <input type="checkbox"/> diarrhea 下痢 | <input type="checkbox"/> bloody stool 血便 |
| <input type="checkbox"/> weak だるい | <input type="checkbox"/> excessive fatigue 疲れやすい | | |
| <input type="checkbox"/> others その他() | | | |

How long have you had these problems? それはいつからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Yes はい → medication 薬 food 食べ物 others その他() No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください No いいえ

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠、またその可能性はありますか

Yes はい → _____ months ケ月 No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか Yes はい No いいえ

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 消化器 | <input type="checkbox"/> liver disease 肝疾患 | <input type="checkbox"/> heart disease 心疾患 |
| <input type="checkbox"/> kidney disease 腎疾患 | <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 | <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> asthma 喘息 | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ | <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺疾患 |
| <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧 | <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒 | |
| <input type="checkbox"/> others その他() | | |

Please turn over

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか

Yes はい() No いいえ

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか Yes はい No いいえ

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか Yes はい No いいえ

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか Yes はい No いいえ