

# INTERNAL MEDICINE

ない か もんしんひょう  
内科問診票

English  
英語

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

year 年 month 月 day 日

Name 名前		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> 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) 熱がある	<input type="checkbox"/> sore throat のどが痛い	<input type="checkbox"/> cough せき	<input type="checkbox"/> headache 頭が痛い
<input type="checkbox"/> chest pain 胸が痛い	<input type="checkbox"/> rash 発しん	<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 お腹が痛い
<input type="checkbox"/> stomachache 胃が痛い	<input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧	<input type="checkbox"/> numbness しびれ	<input type="checkbox"/> excessive thirst 口が渇く
<input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている	<input type="checkbox"/> abdomen feels swollen お腹が張る	<input type="checkbox"/> loss appetite 食欲がない	<input type="checkbox"/> bloody stool 血便
<input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐	<input type="checkbox"/> nausea 吐き気	<input type="checkbox"/> diarrhea 下痢	
<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? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Yes はい → \_\_\_\_\_ months ヶ月  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 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気
<input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病
<input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒	

---

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

# 内科问診表

ない か もんしんひょう  
内科問診票

中文  
ちゅうごくご  
中国語

请在符合  您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話	
住址 住所			
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍		语言 言葉	

有何症状? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 发烧( °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> 咽喉肿痛 のどが痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せき	<input type="checkbox"/> 头痛 頭が痛い
<input type="checkbox"/> 胸痛 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 出疹子 発しん	<input type="checkbox"/> 心悸, 心慌 動悸	<input type="checkbox"/> 气短 息切れ
<input type="checkbox"/> 浮肿 むくみ	<input type="checkbox"/> 头晕 めまい	<input type="checkbox"/> 胸闷 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> 腹痛 お腹が痛い
<input type="checkbox"/> 胃痛 胃が痛い	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧	<input type="checkbox"/> 四肢麻木 しびれ	<input type="checkbox"/> 口干 口が渇く
<input type="checkbox"/> 体重减轻 体重が減っている	<input type="checkbox"/> 腹胀 お腹が張る	<input type="checkbox"/> 食欲不振 食欲がない	
<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐	<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気	<input type="checkbox"/> 腹泻 下痢	<input type="checkbox"/> 血便 血便
<input type="checkbox"/> 浑身乏力 だるい	<input type="checkbox"/> 易疲倦 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 其他 その他	
何时开始的? それはいつからですか			
_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日から			
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ			
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 ケ月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
是否正在哺乳 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 结核病 結核	<input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病	<input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒	<input type="checkbox"/> 其他 その他
有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过输血? 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れて来てることができますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ			