

ORTHOPEDICS

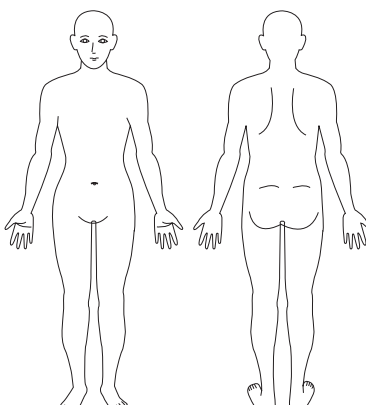
せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

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		 <p>Circle on the picture. 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> fever (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> pain 痛み	
<input type="checkbox"/> injury けが	<input type="checkbox"/> burn やけど	
<input type="checkbox"/> lump しこり	<input type="checkbox"/> swelling はれもの	
<input type="checkbox"/> itching かゆい	<input type="checkbox"/> numbness しびれ	
<input type="checkbox"/> sprain ひねった	<input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている	
<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		
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬	<input type="checkbox"/> food 食べ物	<input type="checkbox"/> No いいえ
<input type="checkbox"/> others その他		
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか		
<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ヶ月		<input type="checkbox"/> No いいえ
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> 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"/> asthma ぜんそく
<input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気	<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		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		