



Medical Questionnaire

問診票

Last Name

First Name

Date of Birth (YYYY/MM/DD)

氏名

生年月日

/

/

Temperature 体温	℃	Weight 体重	kg
Blood Pressure 血圧	/	Pulse 脈拍	

Briefly list current symptoms/complaints:

本日はどうされましたか?

Check any of the conditions you have now.

症状のあるもの全てにチェックしてください。

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fever 熱 | <input type="checkbox"/> Headache 頭痛 | <input type="checkbox"/> Running Nose 鼻水 |
| <input type="checkbox"/> Sore Throat 喉の痛み | <input type="checkbox"/> Cough 咳 | <input type="checkbox"/> Short of Breath 息切れ |
| <input type="checkbox"/> Weakness 体のだるさ | <input type="checkbox"/> Dizziness めまい | <input type="checkbox"/> No Appetite 食欲不振 |
| <input type="checkbox"/> Abdominal Pain 腹痛 | <input type="checkbox"/> Diarrhea 下痢 | <input type="checkbox"/> Constipation 便秘 |
| <input type="checkbox"/> Nausea 嘔気 | <input type="checkbox"/> Vomiting 嘔吐 | <input type="checkbox"/> Cramp 生理痛 |
| <input type="checkbox"/> Pain 痛み | <input type="checkbox"/> Injury けが | <input type="checkbox"/> Rash 発疹 |
| <input type="checkbox"/> Itchiness 痒み | <input type="checkbox"/> Insomnia 不眠 | |
| <input type="checkbox"/> Other その他 | | |

Since when have you had these symptoms?

いつ頃からこれらの症状がありますか?

Please list all medicines/supplements that you are currently taking.

現在使用されているお薬、サプリメントをご記入ください。

Please list all major illnesses, injuries, and surgeries you have had in the past.

今までに大きな病気、怪我、手術をされたことがあればご記入ください。

Please inform us if you have an allergy to particular medication, food, or substance.

薬、食物、またはその他のものにアレルギーがあれば記入してください。

For Women Only 女性のみ

Check any that apply to you.

該当するものを全てチェックしてください。

- | | | |
|--|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Non-Pregnancy 妊娠していない | <input type="checkbox"/> Pregnancy 妊娠中 | <u>month(s)/ヶ月</u> |
| <input type="checkbox"/> Suspect of Pregnancy 妊娠疑い | <input type="checkbox"/> Lactating 授乳中 | |