KEIYU HOSPITAL

DATE / / /

Internal Medicine Initial Consultation Questionnaire

(内科初診問診票)

Name Age ID

☐male／☐Female Height cm ／Weight kg／Body Temperature ℃

■What are the main symptoms that you are experiencing? （本日来院の主な症状は何ですか）

■When did these symptoms start? （症状はいつから始まりましたか）

■For the symptom(s) that you are experiencing now, have you visited any other clinic or hospital？（現在かかっている病気で、他の病院を受診しましたか）

☐No ☐Yes From ／ ／ ／ Clinic or Hospital name

■What type of major illness have you had? （これまでにかかった主な病気は何ですか）

■Have you had any major illness, surgery, injury or been hospitalized?
（これまで手術を受けたことがありますか？ある場合、何歳頃どんな病気ですか）

☐No ☐Yes illness：

age：

■Have you ever had a blood transfusion? （輸血を受けたことはありますか） ☐No ☐Yes

■Do you have any allergies?（アレルギーは何かありますか）

☐No・☐Yes, to

■Are you currently taking any medication? （現在何か薬を飲まれていますか）

☐No ☐Yes（name of medicine：）

■Do you smoke? （喫煙しますか）

☐No ☐Yes ☐Used to smoke

(Amount per day:、For how long?)

■Do you drink any alcohol? ☐No ☐Yes ☐Used to drink
（お酒は飲みますか）

(Type of alcohol：, Amount:)

☐Daily（毎日） ☐Occasionally（時々） ☐Few times a month（月に 2、3 回）

■For female patients（女性の方へ）

Are you pregnant at the moment?（現在妊娠していますか） ☐No ☐Yes ☐Not sure

When was last menstrual period?(最終生理はいつですか) (/) ☐menopause

■Do you have any medical referrals?（紹介状はお持ちですか） ☐No ☐Yes