

患者氏名:

患者ID :

**Medical Questionnaire (Orthopedics)/ 整形外科 問診票**

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

Patient Name/ 患者氏名		Date/ 日付	year	month	day
			/ 年	/ 月	/ 日
Date of birth/ 生年月日	year/ 年	month/ 月	day/ 日	Sex/ 性別	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
Height and Weight/ 身長・体重	cm	kg	Age/ 年齢		years old/ 歳
Language/ 言語		Nationality/ 国籍			

**Living condition/ 生活状況**

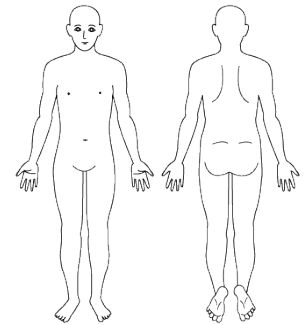
- With family member(s) who require nursing care/ 介護しなければならない家族がいる  Have young children/ 幼い子供がいる
- Aged householder/ 高齢者世帯  Living alone/ 独居  Single parent/ 母子家庭
- Other/ その他 ( )

**Employment/ 職業**

- Full-time/ 常勤雇用  Part-time/ パートタイム  Self-Employed/ 自営業
- Retired/ 退職  UnEmployed/ 無職

**Where in your body do you have symptoms?/ どの部位の症状ですか?**

Please circle the affected area(s) in the diagram on the right.  
/ 症状のあるところに丸をしてください。

**What symptoms do you have?/ どのような症状ですか?**

- Pain/ 痛い  Fever/ 熱がある  Swelling/ はれもの
- Itchiness/ かゆい  Numbness/tingling/ しびれ  Lump/ しこり
- Burn/ やけど  Injury/ けが  Sprain/ ひねった
- Other/ その他 ( )

**When do the symptoms occur?/ どんな時に症状がありますか?**

- Morning/ 朝  Daytime/ 昼  Evening/ 夕方
- Night/ 夜  Irregular/ 不定期  Sudden onset/ 突然
- Constantly/ いつも  Gradual onset/ 徐々に  When moving/ 動くと
- When I feel tired/ 疲労を感じたとき  While in bed/ 就寝中  During meals/ 食事中
- When I wake up/ 起床時  No consistent pattern/ 決まっていない  When resting/ 安静にしているとき
- When moving the affected part/ 動かすとき  When walking/ 歩行時
- When pressing on the affected part/ 押したとき  Other/ その他 ( )

**When did the symptoms start?/ それはいつからですか?**

Since approximately: \_\_\_\_\_ year/ 年 \_\_\_\_\_ month/ 月 \_\_\_\_\_ day/ 日ごろから

**Are you currently undergoing treatment for any diseases?/ 現在治療している病気はありますか?**

- Yes/ はい (Diseases/ 病名: \_\_\_\_\_)
- No/ いいえ

\*Please fill in the reverse side of the all pages as well where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名:

患者ID :

Are you allergic to any foods or medications?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか?

- Yes/ はい →  Medication/ 薬  Food/ 食べ物  Other/ その他 ( )
- No/ いいえ

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

- Yes/ はい → Please show us the medications if you have then with you./ 持っていれば見せてください
- No/ いいえ

Have you previously had any of the diseases listed bellow?/ 今までにかかった病気はありますか?

- Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気  Liver disease/ 肝臓の病気  Heart disease/ 心臓の病気
- Kidney disease/ 腎臓の病気  Respiratory disease/ 呼吸器の病気  Blood disease/ 血液の病気
- Brain / neurological disease/ 脳・神経系の病気  Cancer/ 癌
- Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気  Diabetes/ 糖尿病  Other/ その他 ( )

How old were you when you became ill?/ それは何歳の時ですか?

Age: \_\_\_\_ (years old)/ 歳

Do you smoke?/ たばこを吸いますか?

- Yes/ 吸う → Current amount/ 現在: \_\_\_\_ cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: \_\_\_\_ years/ 年
- No, but I used to./ 以前吸っていた → Previous amount/ 過去: \_\_\_\_ cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: \_\_\_\_ years/ 年
- No/ 吸わない

Do you drink alcohol?/ お酒を飲みますか?

- Yes/ はい → \_\_\_\_\_ mL/day/ ml/日  No/ いいえ

Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありますか?

- Yes/ はい  No/ いいえ

When was the surgery?/ それはいつごろですか?

Approximately: \_\_\_\_\_ year/ 年 \_\_\_\_\_ month/ 月 (Type of surgery/ 手術名: \_\_\_\_\_)

Have you ever had any anesthesia?/ 麻酔を受けたことがありますか?

- Yes/ はい →  General anesthesia/ 全身麻酔  Local anesthesia/ 局所麻酔
- No/ いいえ

Did you have any problems related to the anesthesia?/ 麻酔をして何かトラブルがありましたか?

- 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

Did you have any problems related to a blood transfusion?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか?

- Yes/ はい  No/ いいえ

Is there a possibility that you are pregnant?/ 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 pregnant/ ヶ月  I do not know/ わからない  No/ いいえ

Are you breastfeeding?/ 授乳中ですか?

- Yes/ はい  No/ いいえ

Will you be able to bring an interpreter with you in the future?/ 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