

I D _____

健康診断問診票 (English)

year month day

_____年_____月_____日

記録者_____

Name Male Female
名前: 男 女

Date of birth year month day age
生年月日: 年 月 日 (才)

Address
住所:

Telephone Occupation Do you have insurance? Y / N
TEL: 職業 保険の有無 有 無

Nationality
出身国:

1. 今まで病気にかかったことはありますか? Have you had any of the following?
ある Yes どのような病気ですか? What is it?

結核 TB 脳卒中 apoplexy 心臓病
糖尿病 diabetes 腎臓病 kidney troubles 貧血 anemia
手術 surgical operation
その他 others

ない No

2. 現在病気で入院していますか? Are you currently seeing a doctor?
はい Yse 病名 Explain ()
いつから? Since when? (年 y 月 m)

いいえ No

3. 最近身体の調子はいかがですか? How was your physical condition been recently?
良い Good 普通 Normal 良くない No

4. どのような症状がありますか? What symptoms do you have?

- | | | |
|--------------------------------------|---|------------------|
| せき cough | たん phlegm | 血痰 bloody phlegm |
| 微熱 alight fever | 頭痛 headache | めまい dizziness |
| 耳鳴り ringing in ears | 舌のもつれ paralysis in hands or legs | |
| 手足のしびれ numbness | 手足のまひ thirsty | |
| 胸痛 pain in the chest | 胸がしめつけられる tightness in the chest | |
| 動悸 palpitation | 口がかわく thirstiness | |
| 肩こり pain or stiffness in shoulder | 多飲多食 frequent urination and frequent drinking | |
| 手足のむくみ swollen hands and legs | 腰痛 backache | |
| たちくらみ feeling dizzy when standing up | 身体がだるい physical tiredness | |
| 体重の増減 gaining or losing weight | | |
| その他 others | | |

5. あなたの両親、兄弟で次の病気を人がありますか?

- | | | |
|------------------|--------------------|-------------------|
| 高血圧 hypertension | 脳卒中 stroke | 心臓病 heart disease |
| 糖尿病 diabetes | 腎臓病 kidney trouble | 肝臓病 liver disease |
| 貧血 anemia | がん cancer | 結核 TB |

ある Yes → 病名 Explain ()
 誰ですか Who? ()
 ない No

6. 食事は1日3食とっていますか? Dou you have meals 3 times a day?

はい Yes
 いいえ No → (1日 食 How often? / day)

7. 生活習慣についておたずねします。(1日の量です) Habits

たばこ cigarette (1日 本) pieces/day . . . ()才頃から ()才頃まで
 アルコール類 alcohol (種類 what kind?)
 その他 others ()

8. 以前このような健康診断を受けたことはありますか Have you had a health check before?

ある Yes When? 年 y 月 m 頃
 ない No

Thank you very much.