医療法人裕心会
あきた駅前内科外科クリニック

Medical Questionnaire

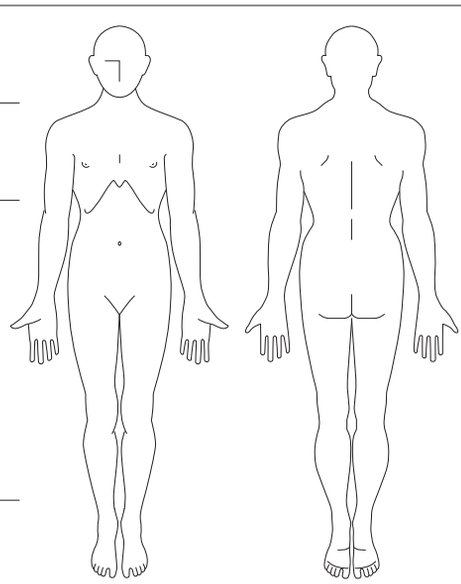
Date:

Name	Date of Birth
	Cell Phone #
Address	

☑ please check the appropriate symptoms below.

What brings you here? （今日はどうされましたか）

Cold & Flu （風邪症状）	☐ fever（熱） ☐ cough（咳） ☐ runny nose（鼻水） ☐ phlegm（たん） ☐ sore throat（喉の痛み） ☐ joint pain（関節痛） ☐ chill（寒気）
Stomach （腹部症状）	☐ stomachache（腹痛） ☐ nausea（吐き気） ☐ diarrhea（下痢） ☐ constipation（便秘） ☐ stomach upset（胃の調子が悪い） ☐ no appetite（食欲がない）
Chest （胸部症状）	☐ chest pain（胸痛） ☐ tight feeling（胸が苦しい） ☐ oppressive feeling（圧迫感） ☐ palpitation（動悸） ☐ choking（息苦しい）
Head （頭部症状）	☐ headache（頭痛） ☐ dizziness（めまい） ☐ weak feeling（だるい）
Anus （肛門の違和感）	☐ bleeding（出血） ☐ pain（痛み） ☐ swelling（腫れ） ☐ pus（膿）
Injury （怪我）	Your injury below.（怪我の内容を下記にご記入ください）
Skin （皮膚症状）	☐ rash（湿疹） ☐ itch（かゆみ） ☐ pain（痛み）
Health Check （検診・検査）	☐ breast cancer（乳がん） ☐ bowel cancer（大腸がん） ☐ brittle-bone disease（骨粗しょう症） ☐ stomach cancer（胃がん） ☐ thyroid gland（甲状腺）
Other （その他）	☐ follow-up appointment（再検診） ☐ normal health check（健康診断） ☐ out-patient for quitting smoking（禁煙外来）



Describe how long you have experienced these symptoms? （症状はいつからですか）

If none of the above symptoms are applicable, please describe your condition below. （上記の症状に当てはまらない場合）

Please turn over