



患者氏名 :  
患者ID :

English/英語

● Reasons for choosing this hospital/clinic  
/当院を選んだ理由を教えてください。

● Is this your first visit to this hospital/clinic?  
/当院の受診は初めてですか。

No/いいえ  
 Yes/はい

● Do you have a referral letter?  
/紹介状はありますか。

No/なし  
 Yes/あり ( )  
Name of referring medical institution  
/紹介元医療機関 ( )

● Do you have an appointment?  
/予約はしていますか。

No/なし  
 Yes/あり

Type of health insurance/保険の種類

Japanese health insurance/日本の保険 ( public/公的保険  private/プライベート保険)

Overseas health insurance/海外の保険

(Name of insurance company/ 保 険 会 社  
名: )

\*Please present your primary and/or other medical insurance certificate  
/保険証やその他の医療証をお持ちの場合はご提示ください。

\*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.

/患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

\*We will take a copy of your photo ID for verification.

患者氏名 :  
患者ID :

English/英語



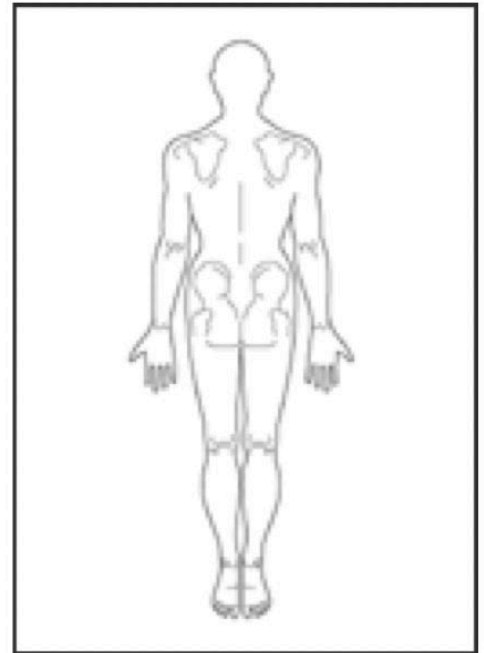
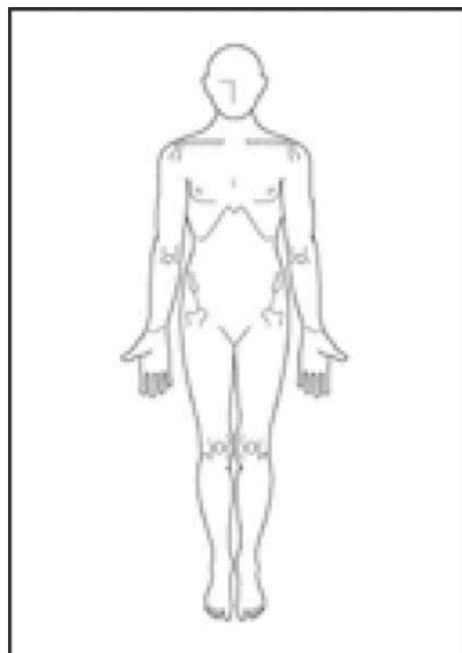
## Medical Questionnaire / 診療問診票

Access to medical care is a basic patient right. For that we need accurate information about you. Our clinic wants to help you relieve your pain. Please answer the following questions as best you can.

### 1. What is the reason for your visit today?

Please circle where you have symptoms on the chart on the right.

本日の受診の理由は何ですか。症状があるところを右図に○で記して下さい。



### 2. How does it interfere with your life? 生活にどのような支障がありますか。

### 3. Since when? いつ頃からですか。

### 4. Was there any reason at that time? Yes /No

(cause: )

その時何か原因がありましたか。

患者氏名 :  
患者ID :

English/英語

**5. Where have you seen the symptom before? yes/No**

(where )

**What kind of treatment did you receive at that time?**

medicine · Injection · Rehabilitation · Electrical therapy · Acupuncture ·

Other( )

今までにその症状をどこかで診てもらいましたか。 またどのような治療を受けましたか。

**6. Have you ever been told that you have an allergic predisposition or an abnormal predisposition?**

yes ( )/No

アレルギー体質や異常体質と言われたことがありますか。

**7. Have you ever felt sick or had a rash from an injection or medicine? Yes (details if possible: ) · No**

**Have you ever had an abnormality after receiving an anesthetic injection at a dental clinic, etc.?**

注射や薬で気分が悪くなったり発疹が出たり、今までに歯科等で麻酔注射を受けて異常が出たことがありますか。

**8. Do you currently have any medical conditions? 治療中の病気はありますか。**

Yes (preferably detailed: hypertension, diabetes, asthma, glaucoma, neurological disease, heart disease, kidney disease, liver disease

Medication( )

**9. Have you ever had any surgery? (details if possible) 手術をされたことがありますか**

**10. .Are you currently pregnant or breast-feeding? Yes/ No 現在 妊娠、授乳中ですか?**