

健康質問票

名前(ローマ字) NAME	年齢 AGE	性別 GENDER
		男 M ・ 女 F

※ 3週間以内に中国または香港を訪問されましたか。

Have you visited China or Hong Kong in the past three weeks?

* () はい Yes () いいえ No

- 日本人医師 :希望者が多数の場合、 待ち時間が長くなります。
Expect for many patients. Are you willing to wait? () はい Yes
- フィリピン人医師: Can be seen immediately.
通訳は必要ですか。 Do you need interpreter? () はい Yes () いいえ No
- ANY (FASTER)

① 症状 Symptom

- () 発熱 Fever () 下痢 Diarrhea (一日 回) can't /try /submitted
() 頭痛 Headache () 嘔吐 Vomit (一日 回)
() 喉の痛み Throat Pain () 腹痛 Abdominal Pain
() 咳 Cough () 食欲不振 Anorexia
() 痰 Phlegm () 発疹 Rashes
() 鼻水 Runny Nose () 全身倦怠 General Fatigue
() 腰痛 Back Pain () その他 Other ()

② いつからですか? Since when have you had the symptoms?

()

③ 治療を受けましたか? Have you taken any medical treatment?

- () はい Yes:
() 薬を服用した。 Took some medicine. 薬の名前 Name of the medicine ()
() 他病院で診療を受けた。 Received medical treatment in another clinic.
() いいえ No

④ 薬のアレルギーがありますか? Do you have allergies to medicines?

- () はい Yes アレルギーの名前 Name of allergy ()
() いいえ No

⑤ 過去に手術または入院をされたことがありますか? Have you got surgery or hospitalized in the past?

- () はい Yes 病気の名前 Name of sickness ()
() いいえ No

⑥ 現在、加療中の病気はありますか? Do you have any sickness currently under treatment?

- () はい Yes 病気の名前 Name of sickness ()
() いいえ No

⑦ 現在服用中の薬があれば、ご記入ください。 Name of the medicine you are currently taking.

() *名前がわからない時は、効用をご記入ください。

⑧ 女性の方にお聞きします。

妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか? Are you pregnant or might be pregnant?

- () はい Yes
() いいえ No

⑨ 授乳中ですか? Do you give breast-feeding?

- () はい Yes
() いいえ No