

DATE :

日本人会番号: _____
MEMBERSHIP NO:

ANTIGEN result

⇒ POSITIVE / NEGATIVE

健康質問票

名前(ローマ字) NAME	年齢 AGE	性別 GENDER	誕生日 BIRTHDAY
		男 M ・ 女 F	Y M D

- ① 今回の診察は... () 初診 First consultation
() 再診 Follow up → 初診はいつですか? When was the Last visit? ()

- ② 症状 Symptom

REMARKS :

- | | |
|----------------------|--|
| () 発熱 Fever | () 下痢 Diarrhea (1日 回) can't / try / submitted |
| () 頭痛 Headache | () 嘔吐 Vomit (1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 () |

- ③ 症状はいつからですか? Since when have you had the symptoms?
()

- ④ 治療をうけましたか? 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

- ⑤ 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

- ⑥ 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

- ⑦ 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

- ⑧ 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。

- ⑨ 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

- ⑩ 授乳中ですか? Do you give breast-feeding? () はい Yes
() いいえ No