

## Internal Medicine Questionnaire/内科 問診票

ver 202506

## Check, print and bring to clinic

Name of patient /患者氏名			For staff only /医療機関記入欄	BT=	℃
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年 (	Month/月		Day/日	PR=
	Years old/歳)			BP=	mmHg
				RR=	/分
Height/Weight/身長・体重	cm kg		Sex/性別	SPO2=	%
Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicine/薬:				

## What is the problem today? (Check all that apply.)

/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- |   |   |  |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever/発熱                 | <input type="checkbox"/> Cough/咳                    | <input type="checkbox"/> Runny nose/鼻水               | <input type="checkbox"/> Phlegm/痰             | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing<br>/息が苦しい | <input type="checkbox"/> Palpitation/動悸       |
| <input type="checkbox"/> Feel sulgyish<br>/身体がだるい | <input type="checkbox"/> Get easily tired<br>/疲れやすい | <input type="checkbox"/> Shortness of breath<br>/息切れ | <input type="checkbox"/> Dizziness/めまい        | <input type="checkbox"/> Loss of appetite<br>/食欲がない     | <input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐          |
| <input type="checkbox"/> Bloody stool/血便          | <input type="checkbox"/> Frequent urination<br>/頻尿  | <input type="checkbox"/> Bloody urine/血尿             | <input type="checkbox"/> Weight loss<br>/体重減少 | <input type="checkbox"/> Feel thirsty<br>/喉が渇く          | <input type="checkbox"/> Hypertension<br>/高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Paralysis/麻痺             | <input type="checkbox"/> Swelling/むくみ               | <input type="checkbox"/> Hives/じんましん                 | <input type="checkbox"/> Insomnia/不眠          | <input type="checkbox"/> Numbness/しびれ                   | <input type="checkbox"/> Nausea/吐き気           |

I was advised by another clinic/hospital (or at a regular

- |                                      |  |                                  |   |  |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> Itchiness/かゆみ | <input type="checkbox"/> Pain/痛み | <input type="checkbox"/> check-up) to come here. /他の医療機関から受診するよ<br>うに勧められた (健診含む) | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他: |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|---|--|

## Check all that apply about your stool.

/便の性状に☑してください。

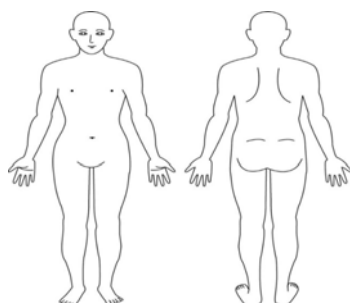
- |  |                                   |  |                                    |                                    |                                  |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grayish white<br>/灰白色 | <input type="checkbox"/> Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> Black/黒色                      | <input type="checkbox"/> Bloody/血便 | <input type="checkbox"/> Watery/水様 | <input type="checkbox"/> Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> Normal/普通             | <input type="checkbox"/> Hard/硬い便 | *Stool frequency per day/一日の排便回数: _____time(s)/day/回/日 |                                    |                                    |                                  |

## Describe your symptoms.

/症状についてご質問します。

## Circle the place where you are experiencing the symptom.

/症状のある部分に○を付けて下さい。



## When does the symptom occur?

/症状はどのようなときに現れますか。

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Morning/朝          | <input type="checkbox"/> Daytime/昼     | <input type="checkbox"/> Evening/夕方    | <input type="checkbox"/> While in bed/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> When waking up/起床時 | <input type="checkbox"/> Irregular/不定期 | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他: |   |

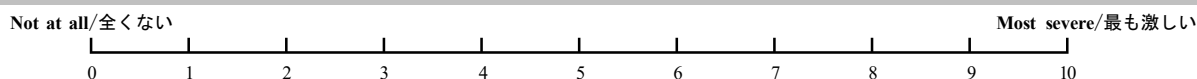
## What is the symptom like?

/症状はどのような性質を持っていますか。

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Constant/絶え間なく、続いている                             |
| <input type="checkbox"/> The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている        |
| <input type="checkbox"/> The symptom is gradually worsening/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他                                     |

## If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.

/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか? 下の数字のところに○を付けてください。



## When did the symptom start?

/この症状はいつからありますか。

\_\_\_\_\_ Year/年 \_\_\_\_\_ Month/月 \_\_\_\_\_ Day/日      From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ am/pm

午前・午後                      時                      分ごろから

Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?  
/現在、飲んでいる薬はありますか？    ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

☐ No/いいえ    ☐ Yes/はい    \*Show us your medication or a medicine pocketbook.  
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		

## Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?

/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？

☐ No/いいえ ☐ Yes/はいIf you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名（下記リスト番号可）	Treatment progress /治療経過	Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	

## &lt;List of diseases/疾患リスト&gt;

System of disease /疾患の系統	Disease names /疾患名
① Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer /消化器潰瘍    b. Hepatitis/肝炎    c. Hepatic cirrhosis /肝硬変    d. Others/その他
② Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧    b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞    c. Arrhythmia/不整脈    d. Heart failure/心不全    e. Others/その他
③ Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息    b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患    c. Pneumonia /肺炎    d. Pulmonary tuberculosis /肺結核    e. Others/その他
④ Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure /慢性腎不全    b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石    c. Urinary tract infection /尿路感染症    d. Others/その他
⑤ Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction /脳梗塞    b. Cerebral hemorrhage /脳出血    c. Epilepsy/てんかん    d. Others/その他
⑥ Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /糖尿病    b. Hyperlipidemia /高脂血症    c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害    d. Hyperuricemia /高尿酸血症    e. Others/その他
⑦ Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ    b. Osteoporosis /骨粗鬆症    c. Osteoarthritis /変形性膝関節症    d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア    e. Gout/痛風 f. Others/その他
⑧ Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /子宮筋腫    b. Dysmenorrhea /月経困難症    c. Infertility/不妊症    d. Others/その他
⑨ Eye disease /眼の疾患	a. Cataract/白内障    b. Glaucoma/緑内障    c. Retinopathy/網膜症    d. Others/その他
⑩ Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん    b. Colon cancer/大腸がん    c. Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん    d. Breast cancer/乳がん    e. Uterine cancer/子宮がん f. Lung cancer/肺癌    g. Others/その他
④ Mental disease /精神の疾患	a. Depression/うつ病    b. Schizophrenia /統合失調症    c. Others/その他
⑫ ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing /難聴    b. Dizziness/めまい    c. Ear noise/耳鳴    d. Pollen allergy/花粉症    e. Others/その他
⑬ Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/貧血    b. Leukemia/白血病    c. Others/その他
⑭ Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎    b. Tinea (athlete's foot) /白癬症（水虫）    c. Others/その他

Have you ever had surgery?  
/今までに手術をしたことがありますか。

☐ No/いいえ    ☐ Yes/はい    **If you checked "Yes", write the history of your surgery.**  
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.  
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

Do you smoke regularly?  
/習慣的に、たばこを吸いますか。

☐ No/いいえ    ☐ Yes/はい    ☐ Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年_____Month/月

\*If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.  
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

Do you drink regularly?  
/習慣的にお酒を飲みますか。

☐ No/いいえ    ☐ Yes/はい    ☐ Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他	_____ml/Day/日		

If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?  
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

☐ No/いいえ    ☐ Yes/はい    ☐ Do not know/わからない

Are you breastfeeding?  
/現在、授乳中ですか。

☐ No/いいえ    ☐ Yes/はい