Medical Questionnaire/問診票

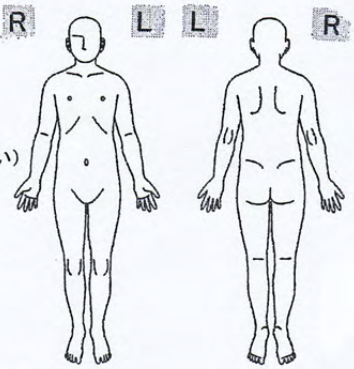
Date : Year Month Day

Please check the appropriate boxes./あてはまるものにチェックしてください。Name _____

1. Do you have a referral letter?/紹介状はお持ちですか？

☐ No ☐ Yes → (Referral / Image data)

2. Where in your body do you have an injury?/症状のある部位はどこですか
(Please circle the affected area(s) in the diagram on the right.)/(右の絵に○を付けて下さい)

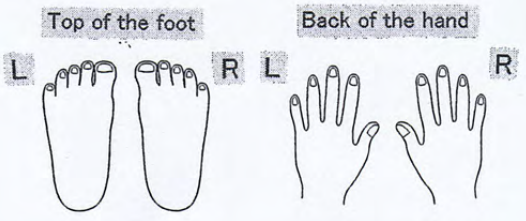


3. When did it start?/症状はいつからですか？

Since approximately : Year _____ Month _____ Day _____ /頃から

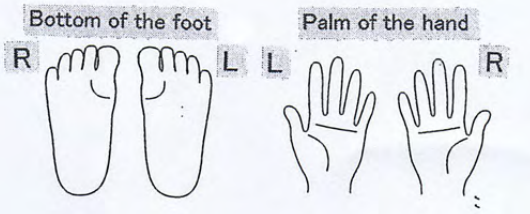
4. What kind of injury do you have?/どのような症状ですか

☐ Pain/痛い ☐ Numbness/tingling/しびれる
☐ Swelling/腫れ物 ☐ Difficult to move/動きが悪い
☐ Lump/しこり ☐ Fever/熱がある
☐ Other/その他



5. What caused the injury?_/考えられる原因はありますか

☐ Traffic accident/交通事故 ☐ Working injury/仕事中
☐ School injury/学校 ☐ Toppling over/転倒
☐ Falling/転落 ☐ Twist or sprain/ひねった・捻挫
☐ Bruise/ぶつけた ☐ I don't know/わからない
☐ Sports injury/スポーツ ( )
☐ Other/その他



6. Have you been examined and/or treated for your injury at another clinic or hospital?
/ほかの医療機関で治療を受けたことがありますか

☐ No ☐ Yes → Clinic/Hospital name/病院名 ( )

Previous treatment/治療内容 ( )

7. Are you currently undergoing treatment for any diseases?/現在治療中の病気はありますか
Have you previously had any of the diseases listed below?/過去にかかったことのある病気はありますか

☐ No ☐ Yes → ☐ High blood pressure/高血圧 ☐ Diabetes/糖尿病 ☐ Heart disease/心臓疾患
☐ Brain/neurological disease/脳・神経系疾患 ☐ Respiratory disease/呼吸器疾患
☐ Liver disease/肝臓疾患 ☐ Kidney disease/腎臓疾患 ☐ Gout/痛風
☐ Other/その他

8. Are you currently taking any medications?/現在内服している薬はありますか

☐ No

☐ Yes → Please show us the medications or your personal medication record if you have them with you.
/服用中の薬またはお薬手帳を持っていたら見せてください

Medication's name ( )

9. Are you allergic to any medications?/薬のアレルギーはありますか

☐ No ☐ Yes → Medication's name ( )

10. Is there a possibility that you are pregnant?/妊娠していますか、またはその可能性はありますか

☐ No ☐ Yes → _____ months pregnant/ ヶ月

11. Are you breastfeeding?/授乳中ですか

☐ No ☐ Yes

MATSUDA ORTHOPEDICS MEMORIAL HOSPITAL
松田整形外科記念病院