

\* 確認欄(済んだところは✓してください)

受付 →  尿検査 →  計測 →  問診 →  相談 →  受付 (問診票返却)  
reception      urine exam      height/weight      questionnaire      consultation      reception  
(return this form)

受診者番号

## 健康診断問診票 (English)

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

記録者: \_\_\_\_\_

Name

名前:

Male Female

男 · 女

Date of birth

生年月日:

year

年

month

月

day

日

age

( 才 )

Address

住所:

Telephone

TEL:

Occupation

職業:

Do you have insurance?

保険の有無:

Y / N

有 · 無

Nationality

出身:

1. 今までに病気にかかったことはありますか?

Have you had any of the following?

ある Yes ... どんな病気ですか? What is it?

結核 TB                      脳卒中 apoplexy                      心臓病 heart disease  
糖尿病 diabetes      腎臓病 kidney trouble      貧血 anemia  
手術 surgical operation  
その他 others (                      )

ない No

2. 現在、病気で受診していますか?

Are you currently seeing a doctor?

はい Yes ... 病名 Explain (                      )

いつから? Since when? (                      年 y                      月 m )

いいえ No

3. 最近身体の調子はいかがですか?

How has your physical condition been recently?

良い Good      /      普通 Normal      /      良くない No

4. どのような症状がありますか？      What symptoms do you have?

せき cough	たん phlegm	血たん bloody phlegm
微熱 slight fever	頭痛 headache	めまい dizziness
耳鳴り ringing in ears	舌のもつれ difficulty in moving your tongue	
手足のしびれ numbness	手足のまひ paralysis in hands or legs	
胸痛 pain in the chest	胸がしめつけられる tightness in the chest	
動悸 palpitations	口がかわく thirstiness	
肩こり pain or stiffness in shoulder	多飲多食 frequent urination and frequent liquid drinking	
手足のむくみ swollen hands & legs	腰痛 backache	
たちくらみ feeling dizzy when standing up	身体がだるい physical tiredness	
体重の増減 gaining or losing weight		
その他 others (		)

5. あなたの両親、兄弟で次の病気をした人がありますか？      Family Health History

高血圧 hypertension	脳卒中 stroke	心臓病 heart disease
糖尿病 diabetes	腎臓病 kidney trouble	肝臓病 liver disease
貧血 anemia	がん cancer	結核 TB

ある Yes 病名 Explain ( )  
誰ですか？ Who? ( )  
ない No

6. 食事は1日3食とっていますか？      Do you have meals 3 times a day?

はい Yes

いいえ No ( 1日 食 How often? / day )

7. 生活習慣についておたずねします。( 1日の量です )      Habits

タバコ cigarette (1日 本) \_\_\_\_\_pieces/day ... ( age from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ) 才頃から ( ) 才頃まで  
アルコール類 alcohol (種類 what kind? )  
その他 others ( )

8. 以前にこのような健康診断を受けたことはありますか      Have you had a health check before?

ある Yes      When?      年 y      月 m 頃  
場所 Where?

ない No

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg BMI ( )

体温 ( ) 度 C 脈 ( )

血圧 ( / ) mmHg

検尿：蛋白 ( ) / 糖 ( )

潜血 ( ) / ウロビリノーゲン ( )

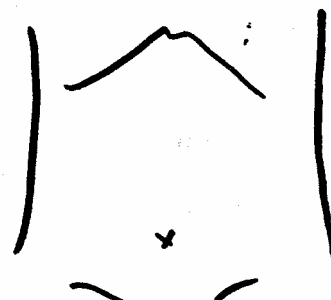
<相談内容・訴え>

<所見>

胸部



腹部



その他

<診断>

<対応>

- 1) 医療機関の紹介
- 2) 薬局
- 3) 経過観察
- 4) その他紹介( )

Date: 年 月 日

医師 Doctor: \_\_\_\_\_

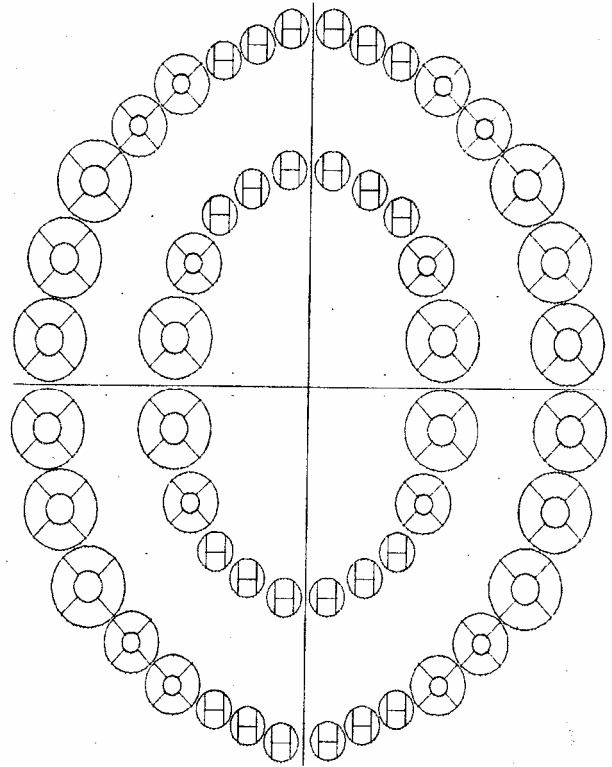
\_\_\_\_\_ month \_\_\_\_\_ day \_\_\_\_\_ year

Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Male/ Female, \_\_\_\_\_ years old

Symptoms

Decayed tooth (cavity) #  
Periodontitis or gingivitis  
Missing tooth #  
other



Insurance Yes, No

Advice

外国人医療センター  
〒450-0003 名古屋市中村区名駅 1-20-11  
NPO プラザなごや 4F  
tel & fax 052-588-7040

Medical information center Aichi  
NPO Plaza Nagoya 4F  
1-20-11 Meieki minami. Nakamura-ku  
Nagoya city 450-0003  
tel & fax 052-588-7040