

# Medical Questionnaire 問診票(英語) I D

Furigana/ふりがな					Male/男 ・ Female/女
Name /名前					
Date of birth/ 生年月日	year/年	month/月	day/日 (	years old/歳)	
Address /住所	〒 — — — — —				
Phone/ 電話番号	— — — — —				
Do you have health insurance? /健康保険証を持っていますか?				No/いいえ ・ Yes/はい	

Please check the areas/symptoms that apply to you. /当てはまる部位・症状にチェックをして下さい。	<input type="checkbox"/> both legs /両足 <input type="checkbox"/> left leg /左足 <input type="checkbox"/> right leg /右足	<input type="checkbox"/> Not particularly/特にな <input type="checkbox"/> It looks disgusting・anxiety /見た目が気持ち悪い・不安 <input type="checkbox"/> swelling/むくみ <input type="checkbox"/> lethargy/だるさ <input type="checkbox"/> cramps/こむら返り <input type="checkbox"/> pain/痛み <input type="checkbox"/> ulcer/潰瘍 <input type="checkbox"/> itchy/かゆみ <input type="checkbox"/> pigmentation/色素沈着(変色) <input type="checkbox"/> othersその他(      )	
How long have you had the problems? /症状はいつ頃からですか?	Since      year/年      month/月      day/日		
Have you ever been treated for varicose veins? /これまでに静脈瘤の治療をされたことはありますか?	No/ない      When?Where?/いつ、どこ Yes/ある → (      )		
Are you currently under medical treatment? /現在治療中のご病気はありますか?	No/ない <input type="checkbox"/> diabetes/糖尿病 <input type="checkbox"/> asthma/ぜんそく <input type="checkbox"/> heart disease/心臓病 Yes/ある → <input type="checkbox"/> high blood pressure/高血圧 <input type="checkbox"/> liver disease/肝臓病 <input type="checkbox"/> kidney disease/腎臓病 <input type="checkbox"/> others/その他(      )		
Have you ever had a serious illness or injury? /これまでに大きな病気や怪我をされたことはありますか?	No/ない      (      ) Yes/ある → (      )		
Are you currently taking medication? /現在飲んでいる薬はありますか?	No/ない Yes/ある → If you have any with you now, please show them to me./持っていれば見せてください。		
Do you ever had an allergic to medication? /これまでに薬でアレルギーが起こったことはありますか?	No/ない      Drug name/薬名 Yes/ある → (      )		
Are you taking blood thinners or hormones? /血をさらさらにする薬やホルモン剤などを飲んでいませんか?	No/ない      Drug name/薬名 Yes/ある → (      )		
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? /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		
height/身長	cm	body weight/体重	kg