

Internal Medicine / Cardiology

Please check all corresponding answers.

Name 名前		<input type="checkbox"/> Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性
Date of birth 生年月日	_____ Month 月 / _____ Day 日 / _____ Year 年	
Address 住所		
Phone 電話		
Do you have Japanese health insurance card ? 健康保険証を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
Nationality 国籍		

What are your symptoms ? どうしましたか ?		
<input type="checkbox"/> Fever (_____ °C) 発熱	<input type="checkbox"/> Sore throat 咽頭痛	<input type="checkbox"/> Cough せき <input type="checkbox"/> Headache 頭痛
<input type="checkbox"/> Chest pain 胸痛	<input type="checkbox"/> Heart palpitation 動悸	<input type="checkbox"/> Shortness of breath 息切れ
<input type="checkbox"/> Swelling むくみ	<input type="checkbox"/> Dizziness めまい	<input type="checkbox"/> Abdominal pain 腹痛
<input type="checkbox"/> Stomachache 胃痛	<input type="checkbox"/> Nausea 嘔気	<input type="checkbox"/> Vomiting 嘔吐
<input type="checkbox"/> Diarrhea 下痢	<input type="checkbox"/> Bloody stool 下血	<input type="checkbox"/> Abdomen feels swollen 腹が張る
<input type="checkbox"/> Weight loss 体重減少	<input type="checkbox"/> Excessive thirst 口渇	<input type="checkbox"/> Loss of appetite 食欲不振
<input type="checkbox"/> Weak だるい	<input type="checkbox"/> Excessive fatigue 易疲労	<input type="checkbox"/> Rash 発疹
<input type="checkbox"/> Painful urination 排尿痛	<input type="checkbox"/> Bloody urine 血尿	<input type="checkbox"/> Medical check-up 健康診断
<input type="checkbox"/> Others その他 (_____)		

Since when have you been having this symptom ? いつから症状がありますか ?

Do you have any food or medication allergies ? アレルギーがありますか ?
<input type="checkbox"/> No いいえ
<input type="checkbox"/> Yes はい → (_____)

Have you ever had any particularly disease ? 今までにかかった病気はありますか ?
<input type="checkbox"/> No いいえ
<input type="checkbox"/> Yes はい → (_____)

Have you ever had any operations ? 手術を受けたことがありますか ?
<input type="checkbox"/> No いいえ
<input type="checkbox"/> Yes はい → (_____)

Are you currently taking medication ? 現在飲んでいる薬はありますか ?
<input type="checkbox"/> No いいえ
<input type="checkbox"/> Yes はい → (_____)

For women only

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy ?

妊娠もしくは、その可能性はありますか？

No いいえ

Yes はい → _____ months カ月

Are you currently breastfeeding ? 授乳中ですか？ Yes はい No いいえ

Please note

- Please bring your Japanese health insurance card every your visit.
In case you do not present it, the full amount of medical costs will be charged.
- Credit card is not acceptable.
- Prescription is valid for 4 days.