

NO.	Cardiology Questionnaire/ 循環器科 問診票			Please circle if any of the following apply to you. Pregnant 妊娠中・Breast-feeding 授乳中		
Name of Patient 名前	<input type="checkbox"/> Male/ 男性	Age 年齢	years old 才	Date of Birth 生年月日	Year/年	Month/月
Occupation 職業: Operation 作業・Office work 事務・Unemployed 無職・Student 学生・Others 他()				Day/日	Body Temperature/体温 : °C	

I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

症状 / 本日、循環器科にかかりたい理由は何ですか。

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Irregular pulse
/脈が乱れる | <input type="checkbox"/> Pain/痛み | <input type="checkbox"/> Have a palpitation/動悸がする | <input type="checkbox"/> Cold sweat/冷汗 |
| <input type="checkbox"/> Heaviness in chest
/胸が重たい | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing/息苦しさ | <input type="checkbox"/> Shortness of breath/息切れ | |
| <input type="checkbox"/> Swelling (face, hands, feet)
/むくみ (顔・手・足) | <input type="checkbox"/> Cold hands and feet/手足が冷たい | <input type="checkbox"/> Lightheadedness/立ちくらみ | |
| <input type="checkbox"/> I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) | | | |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他 : | | | |

When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。

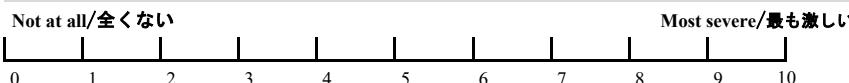
____ Year/年 ____ Month/月 ____ Day/日 From about ____ : ____ am/pm /ごろから

痛み Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか?

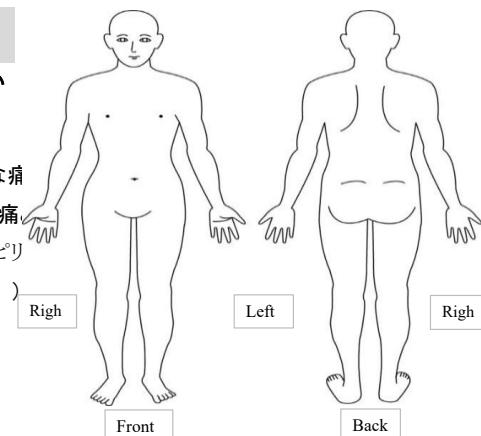
- No/いいえ Yes/はい

Circle the area where you are experiencing the pain.

If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/痛みの程度を数字で表すと、どのくらいですか?



- Types of pain どんな**
- Squeezing pain/締め付けられるような痛み Burning pain/焼けるような痛
 Tingling pain/ちくちくするような痛み Stabbing pain/刺すような痛
 Throbbingズキズキ Dullズーン Heavy重たい stingピリピリ
 Shooting電気が走る Otherその他 ()



- Frequency いつ**
- Sometimes 時々 Can't sleep with pain and sleepless
 Otherその他 ()

日常生活 Does the pain disturb your daily life?/ 日常生活に支障が
 No/ない Yes/ある

**既往歴 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?**

- Noneなし Myocardia infarction 心筋梗塞 Angina pectoris 狹心症 Arrhythmia 不整脈 Hypertension 高血圧
 Diabetes mellitus 糖尿病 Asthma 嘸息 Chronic Obstructive Pulmonary Disease 慢性閉塞性肺疾患
 Gastric duodenal ulcer 胃十二指腸潰瘍 Brain infarction 脳梗塞 Dyslipidemia 脂質異常 Prostatic hypertrophy 前立腺肥大
 Cancer 癌 () Glaucoma 緑内障 Liver disease 肝臓疾患 ()
 Kidney disease 腎臓疾患 () Other その他 ()

Continued on Next Page

Have you ever had surgery before? /手術歴はありますか?

 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

お薬 Are you currently on any medication? /現在、飲んでいる薬はありますか?

 No/いいえ Yes/はい*If you answer "YES", 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	What is your condition for prescribing? /処方理由・症状	*For staff 必要時職員用備考欄
①		For pain/痛み・ /High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
②		For pain/痛み・ /High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
③		For pain/痛み・ /High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
④		For pain/痛み・ /High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑤		For pain/痛み・ /High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑥		For pain/痛み・ /High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	

アレルギー /アレルギーの有無

 No/ない Yes/ある Food(s)/食べ物: _____ Medicine/薬: _____ Others/その他: _____)

ペースメーカー

Do you have an implanted pacemaker? /ペースメーカーを埋め込んでいますか?

 No無 Yes有 IF yes, do you have a pacemaker handbook/ ID card?
ある場合は、ペースメーカー手帳またはID cardをお持ちですか? No無 Yes有 at home 自宅にある

たばこ

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

 No/いいえ Quit/やめた Yes/吸っている (cigarettes/day 日 × years年間)

お酒

Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。Please circle if any of the following apply to you.

 No/いいえ Yes/はい (Beer/ビール Japanese sake/日本酒 Wine/ワイン Whisky/ウイスキー Other(s)/その他

*drink everyday/毎日飲む *drink times回/week週 ml/time回

宗教

Do you have religion? /宗教はありますか?

 No/いいえ Yes/はい ()

転倒の危険度

Risk for falls/ 転倒の危険度

Have you ever fallen within 3 months?

 NOいいえ Yesはい

/3ヶ月以内に転んだことはありますか?

 NOいいえ Yesはい

Do you have orthoses on your feet?

/足に装具をつけていますか?

 NOいいえ Yesはい

Do you use a cane or walker?

/杖や歩行器を使っていますか?

 NOいいえ Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)

Risk of Falls 転倒の危険度

Do you use a wheelchair?

/車椅子を使っていますか?

 NOいいえ Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)

Do you feel dizziness?

/ふらつきはありますか?

 NOいいえ Yesはい

Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today?

/本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか?

 NOいいえ Yesはい