

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 <input type="checkbox"/> Female/ 女性	Age 年齢 years old 才	Date of Birth 生年月日 Year/年 Month/月 Day/日
Occupation職業: Operation作業・Office work事務・Unemployed無職・Student学生・Others他()				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 What is the reason(s) for visiting visit CARDIOLOGY today? (Check all that apply.)
本日、循環器科にかかりたい理由は何ですか。

- ☐ Irregular pulse /脈が乱れる ☐ Pain/痛み ☐ Have a palpitation/動悸がする ☐ Cold sweat/冷汗
- ☐ Heaviness in chest /胸が重たい ☐ Difficulty breathing/息苦しさ ☐ Shortness of breath/息切れ
- ☐ Swelling (face, hands, feet) /むくみ (顔・手・足) ☐ Cold hands and feet/手足が冷たい ☐ Lightheadedness/立ちくらみ
- ☐ 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)
- ☐ 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.

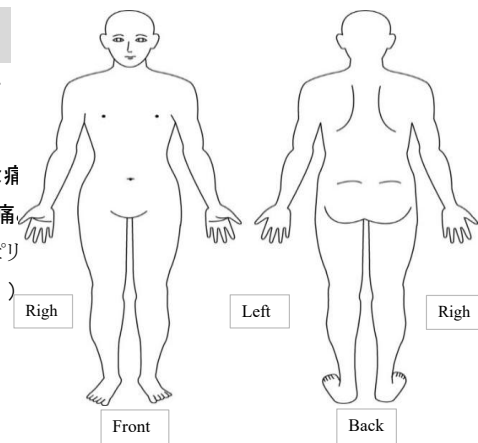
If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/痛みの程度を数字で表すと、どのぐらいですか？

Not at all/全くない Most severe/最も激しい

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Types of pain どんな**
- ☐ Squeezing pain/締め付けられるような痛み ☐ Burning pain/焼けるような痛み
- ☐ Tingling pain/ちくちくするような痛み ☐ Stabbing pain/刺すような痛み
- ☐ Throbbingズキズキ ☐ Dull ブーン ☐ 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痛みで眠れない
- ☐ 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狭心症 ☐ Arrhythmia不整脈 ☐ Hypertension高血圧
- ☐ Diabetes mellitus糖尿病 ☐ Asthma喘息 ☐ 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」に印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

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

Allergies
/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：

Allergic Reactions/ 症状 ()

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

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)

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

Do you have religion? /宗教はありますか？

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい ()

Risk for falls/ 転倒の危険度

Risk of Falls 転倒の危険度	Have you ever fallen within 3 months? /3ヶ月以内に転んだことはありますか？	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
	Do you have orthoses on your feet? /足に装具をつけていますか？	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
	Do you use a cane or walker? /杖や歩行器を使っていますか？	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい (Cane杖・Walker歩行器)
	Do you use a wheelchair? /車椅子を使っていますか？	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい (Cane杖・Walker歩行器)
	Do you feel dizziness? /ふらつきはありますか？	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい