NEW PATIENT MEDICAL QUESTIONNAIRE（問診票）
Date: _____（今日の日付）

1. Personal Information
- Full Name: _____（氏名）
- Date of Birth (YYYY/MM/DD): _____（生年月日）
- Sex: ☐ Male ☐ Female ☐ Other （性別）
- Nationality: _____（国籍）
- Phone Number: _____（電話番号）
- Adress in Japan: _____
_____（日本での住所）

2. Main Reason for Today's Visit（受診理由）
What is your main problem or symptom today? （主訴、症状）
_____
When did it start? （いつから？）
☐ Today（今日から） ☐ From __ days ago（ 日前から）
☐ Within the last week（数日～1 週間以内から）
☐ More than 1 week ago（1 週間以上前から）
☐ More than 1 month ago（1 か月以上前から）

3. Current Symptoms (Check all that apply)（今の症状）
☐ Fever（発熱） ☐ Cough（咳） ☐ Sore throat（咽頭痛）
☐ Runny nose（鼻汁） ☐ Headache（頭痛）
☐ Chest pain（胸部痛） ☐ Shortness of breath（息切れ）
☐ Stomach pain（上腹部痛、胃の痛み） ☐ Abdominal pain（腹痛）
☐ Nausea / Vomiting（嘔気、嘔吐） ☐ Diarrhea（下痢）
☐ Rash(発疹、湿疹) ☐ Dizziness(めまい)
☐ Other: _____（その他）

4. Medical History（病歴）
Do you have any past or current medical conditions?（病歴）
☐ No ☐ Yes (please specify): （詳しく）
_____
Have you ever had surgery? （手術既往）
☐ No ☐ Yes (please specify): （詳しく）
_____

5. Allergies（アレルギー、特異体質）

Do you have any allergies? （アレルギー、特異体質）

☐ No ☐ Yes

Please check: （アレルギーの原因は？）

☐ Medicines（薬） ☐ Foods（食物） ☐ Other（その他）

Details: （詳しく）

_____

6. Current Medications（現在の投薬治療）

Are you currently taking any medicines? （投薬治療を受けているか）

☐ No ☐ Yes

Please list: （投薬内容を詳しく）

_____

7. Lifestyle（生活習慣）

Do you smoke? （喫煙？）

☐ No ☐ Yes

Do you drink alcohol? （飲酒？）

☐ No ☐ Occasionally（時々） ☐ Regularly（ほぼ毎日）

8. For Female Patients（女性の方へ）

Are you pregnant or possibly pregnant? （妊娠の可能性）

☐ No ☐ Yes ☐ Not applicable（該当しない）

Emergency Contact (optional) （緊急連絡先 任意）

Name: _____（氏名）

Relationship: _____（関係）

Phone Number: _____（電話番号）

Thank you.

KUZE CLINIC Kyoto Japan