



**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？**

No/いいえ  Yes/はい

If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Treatment progress /治療経過	Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	

**<List of diseases/疾患リスト>**

System of disease /疾患の系統	Disease names /疾患名				
① Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Hepatitis/肝炎	c. Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Others/その他	
② Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧	b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Arrhythmia/不整脈	d. Heart failure/心不全	e. Others/その他
③ Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息	b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Pneumonia /肺炎	d. Pulmonary tuberculosis /肺結核	e. Others/その他
④ Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Urinary tract infection /尿路感染症	d. Others/その他	
⑤ Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction /脳梗塞	b. Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Epilepsy/てんかん	d. Others/その他	
⑥ Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /糖尿病	b. Hyperlipidemia /高脂血症	c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Hyperuricemia /高尿酸血症	e. Others/その他
⑦ Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア	e. Gout/痛風
⑧ Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Dysmenorrhea /月経困難症	c. Infertility/不妊症	d. Others/その他	
⑨ Eye disease /眼の疾患	a. Cataract/白内障	b. Glaucoma/緑内障	c. Retinopathy/網膜症	d. Others/その他	
⑩ Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん	b. Colon cancer/大腸がん	c. Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. Breast cancer/乳がん	e. Uterine cancer/子宮がん
	f. Lung cancer/肺癌	g. Others/その他			
⑪ Mental disease /精神の疾患	a. Depression/うつ病	b. Schizophrenia /統合失調症	c. Others/その他		
⑫ ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing /難聴	b. Dizziness/めまい	c. Ear noise/耳鳴	d. Pollen allergy/花粉症	e. Others/その他
⑬ Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/貧血	b. Leukemia/白血病	c. Others/その他		
⑭ Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)	c. Others/その他		

**Have you ever had surgery?**

/今までに手術をしたことがありますか。

- 
- 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

※If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.

/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

**Do you smoke regularly?**

/習慣的に、たばこを吸いますか？

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年_____Month/月

\*If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.

/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

**Do you drink regularly?**

/習慣的にお酒を飲みますか？

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他	_____ml/Day/日		

**If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?**

/女性の方のみお答えください。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
- 
- Do not know/わからない

**Are you breastfeeding?**

/現在、授乳中ですか？

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい

**If you have a special request concerning the consultation, check the box.**

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- 
- I want to be informed of my estimated medical expenses in advance./あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- 
- 
- 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。
- 
- 
- Other(s)/その他：