

MEDICAL HISTORY

FUJINO-CLINIC

NAME		BIRTH	
♂ ・ ♀			
ADDRESS		AGE	
		years	
HEIGHT	WEIGHT	FEVER	TEL
cm	Kg	°C	— —

★Answer the questions?

1. What are your complaints which have brought you to hospital today?
 今日はどうなさいましたか

2. When is the symptom from ? その症状はいつごろからですか

_____ day/ _____ month ~

3. For this symptom, did you take any medicine ? (yes ・ no)
 今回の症状で何か薬を飲みましたか

* Please answer it about an anamnesis (既往歴)

1. Please add ○ to a disease with it having been said so far.
 今まで指摘を受けたことのある病気に○をつけてください

hypertension 高血圧 / hyperlipemia 高脂血症 / diabetes 糖尿病 / gout 痛風
 a heart trouble 心疾患 / myocardial infarction 心筋梗塞
 enlarged prostate 前立腺肥大 / asthma 喘息 / mental disease 精神疾患
 others その他 ()

2. Is there the medicine taking now? 現在飲んでいる薬はありますか (yes ・ no)

3. Have you had an operation so far ? 手術はうけたことがありますか (yes ・ no)

when

disease

_____ month/ _____ year

4. Is there allergy ? アレルギーはありますか (yes ・ no)
 (food / a drug / an animal / pollinosis / others)

5. Do you smoke? タバコは吸いますか (yes ・ no)

6. Do you drink alcohol? お酒は飲みますか (yes ・ no)