

MEDICAL Questionnaire

From the questions below, check your answer and please write in details.

Name 氏名 : _____ Age 年齢 : _____
Sex 性別 : (M / F) Smoking 喫煙 : (Yes / No)

Occupation 職業 : _____

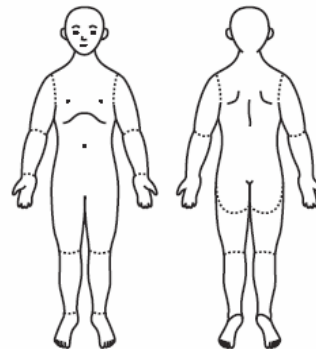
※Please circle the applicable items below. 下記にあてはまるものがあれば、○もしくは記入してください。

Office work デスクワーク / Sales 営業 / Standing work 立ち仕事 / Hard labor 重労働 / Housewife 主婦 /
Unemployed 無職 / Student 学生

1. About your symptoms. 現在の症状についてお聞かせ下さい。

①Please circle the affected area(s) in the diagram on the right.

症状のある部位を右図に示して下さい。



②Please circle the types of your symptoms below. どんな症状ですか？

Pain 痛み / Numbness しびれ / Swelling 腫れ / Deformation 変形 /

Hard to move 動きが悪い / Others その他 _____

③When did the symptoms start? いつ頃からその症状がありますか？

Year 年 () Month 月 () Date 日 ()

[Cause of the symptoms 原因 : _____]

④What do the symptoms occur? どんな時に症状が出現し、あるいは悪化しますか。

[_____]

⑤Have you been to the other hospital for this symptoms? (Yes / No)

今回の症状で他の病院を受診したことはありますか？

Name of the hospital 病院名 ()

When was the last consultation? 受診した日 ()

Treatment content 治療内容 ()

⑥Athletic activities. 運動をしている方へ

Sports 種目 :

Team 所属 :

Next scheduled match 試合予定 :

※Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary. 裏面もご記入ください。

