

# Cardiology Questionnaire/循環器科 問診票

|                             |                                                                               |                         |                            |                                  |                                    |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Name of patient<br>/患者氏名    |                                                                               |                         | For staff only<br>/医療機関記入欄 | BT=                              | ℃                                  |
| Date of birth<br>/生年月日 (西暦) | Year/年<br>(                                                                   | Month/月<br>Years old/歳) |                            | Day/日                            | PR=                                |
| Height/Weight/身長・体重         | cm kg                                                                         |                         | Sex/性別                     | BP=                              | mmHg                               |
| Allergies<br>/アレルギーの有無      | <input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物:<br><input type="checkbox"/> Medicine/薬: |                         |                            | RR=                              | /分                                 |
|                             |                                                                               |                         |                            | SPO2=                            | %                                  |
|                             |                                                                               |                         |                            | <input type="checkbox"/> Male/男性 | <input type="checkbox"/> Female/女性 |

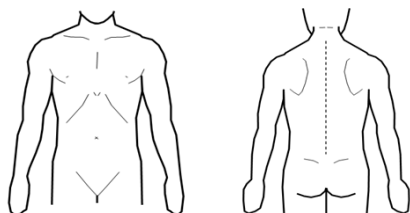
What is the problem today? (Check all that apply.)

/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- ☐ Irregular pulse /脈が乱れる
 ☐ Chest pain/胸痛
 ☐ Cold sweat/冷汗
 ☐ Heaviness in chest/胸が重たい
 ☐ Difficulty breathing /息苦しさ
 ☐ Shortness of breath /息切れ
- ☐ Have a palpitation /動悸がする
 ☐ Lightheadedness /立ちくらみ
 ☐ Swelling (face, hands, feet) /むくみ(顔・手・足)
- ☐ I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関(健診施設含む)で受診を勧められた
- ☐ Other(s)/その他:

If you checked "Chest pain" in the above question, circle in the diagram where it hurts. What is the pain like?

/「胸痛」に☑した人は、痛みのある部分に○をつけてください。それはどのような痛みですか。



- ☐ 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
- ☐ Dull pain/鈍い痛み
 ☐ Other(s)/その他

When does the symptom occur?

/症状はどのような時に現れますか。

- ☐ Morning/朝
 ☐ Daytime/昼
 ☐ Evening/夕方
 ☐ While in bed /就寝中
 ☐ When waking up /起床時
 ☐ Irregular/不定期
- ☐ When going up and down stairs and slopes/階段や坂道を歩くとき
 ☐ Other(s)/その他:

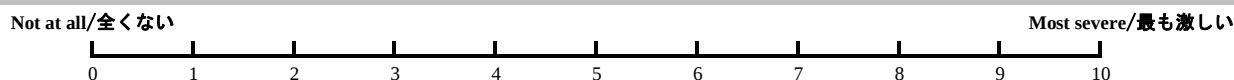
What is the symptom like?

/症状はどのような性質を持っていますか。

- ☐ Constant/絶え間なく、続いている
 ☐ The symptom worsens when feeling tired. /疲労を感じた時にひどくなる
 ☐ The symptom comes and goes. /症状が出たり、消えたりしている
- ☐ The symptom gets better when sitting down. /座ることにより、楽になる
 ☐ The symptom is gradually worsening. /徐々にひどくなっている
 ☐ The symptom is associated with meals. /食事と関係している

If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.

/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか？下の数字のところに○を付けてください。



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
 午前・午後 時 分ごろから

Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでいる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- ☐ No/いいえ
 ☐ Yes/はい

\*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<br>/お薬の名前 | How to take or use your medication<br>/飲み方・使い方 |   | Name of medications<br>/お薬の名前 | How to take or use your medication<br>/飲み方・使い方 |
|---|-------------------------------|------------------------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------------------------|
| ① |                               |                                                | ⑥ |                               |                                                |
| ② |                               |                                                | ⑦ |                               |                                                |
| ③ |                               |                                                | ⑧ |                               |                                                |
| ④ |                               |                                                | ⑨ |                               |                                                |
| ⑤ |                               |                                                | ⑩ |                               |                                                |

**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<br>(Write the number from the following list)<br>/疾患名（下記リスト番号可） | Treatment progress<br>/治療経過                                                                                                                                                          | Hospital name<br>/医療機関名 |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                 | <input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中<br><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<br><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<br><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<br><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<br>/疾患の系統                    | Disease names<br>/疾患名                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① Digestive disease<br>/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<br>/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<br>/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<br>/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<br>/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<br>/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<br>/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<br>f. Others/その他                            |
| 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<br>/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<br>/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<br>f. Lung cancer/肺癌    g. Others/その他 |
| ⑪ Mental disease<br>/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<br>/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<br>/血液の疾患                      | a. Anemia/貧血    b. Leukemia/白血病    c. Others/その他                                                                                                                                              |
| ⑭ Skin disease<br>/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<br>/疾患名 | Name of your surgery<br>/手術名 | When you had the surgery<br>/手術をした時期 | Hospital where you had the surgery<br>/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<br>/喫煙をやめた年 |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| _____cigarettes/Day<br>本/日 | _____Year/年_____Month/月  | _____Year/年                               |

\*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          | _____/Day/日 | <input type="checkbox"/> Whiskey/ウイスキー | _____/Day/日 |
| <input type="checkbox"/> Japanese Sake/日本酒 | _____/Day/日 | <input type="checkbox"/> Wine/ワイン      | _____/Day/日 |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他      | _____/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：