



ふくだ湊町クリニック  
Fukuda Minatomachi Clinic

# Questionnaire

\* Please submit your medication record book if you have.

Date (YYYY/MM/DD) / /

Patient Name氏名			Gender性別	<input type="checkbox"/> M男 <input type="checkbox"/> F女
Last 姓	First 名	Middleミドル	Date of birth 生年月日 (年月日)	YYYY MM DD
			Age 年齢	
Address住所			Nationality 国籍	
			Language 言語	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> other
Contact 連絡先	Tel E-mail	Occupation 職業		
Residential Status 在留資格	<input type="checkbox"/> Active duty / Family member 現役米軍人 / 家族 <input type="checkbox"/> Retired 退役 <input type="checkbox"/> Contractor 請負業者			
	<input type="checkbox"/> Permanent Resident 長期居住者 <input type="checkbox"/> Student 留学生			
	<input type="checkbox"/> Short term stay 短期滞在 ( <input type="checkbox"/> Business 仕事 / <input type="checkbox"/> Vacation 休暇・観光 )			
	<input type="checkbox"/> Others その他 ( )			
Type of health insurance 保険	<input type="checkbox"/> Japanese Health Insurance 健康保険 <input type="checkbox"/> TOP prime beneficiary ISOS 後払			
<input type="checkbox"/> Others その他 ( )				
Travel abroad in the past 3 months 過去3か月の海外渡航歴 →				
1. Symptoms 症状について				
What are your symptoms? どのような症状がありますか				
<input type="checkbox"/> fever 熱 <input type="checkbox"/> cough 咳 <input type="checkbox"/> sputum 痰 <input type="checkbox"/> soar throat 喉痛 <input type="checkbox"/> runny nose 鼻水 <input type="checkbox"/> stuffy nose 鼻づまり <input type="checkbox"/> difficulty breathing 息苦しさ <input type="checkbox"/> headache 頭痛 <input type="checkbox"/> chest pain 胸痛 <input type="checkbox"/> palpitations 動悸 <input type="checkbox"/> edema むくみ <input type="checkbox"/> abdominal pain 腹痛 <input type="checkbox"/> nausea 吐き気 <input type="checkbox"/> vomit 嘔吐 <input type="checkbox"/> diarrhea 下痢 <input type="checkbox"/> constipation 便秘 <input type="checkbox"/> dizziness めまい <input type="checkbox"/> poor appetite 食欲低下 <input type="checkbox"/> weight loss 体重減少 <input type="checkbox"/> fatigue からだのだるい <input type="checkbox"/> others その他				
When your symptoms started? いつ頃から				
Are there anyone around you who have infection disease currently? 現在周囲に感染症の人はいいますか？				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
2. Have you visited other clinic for the symptoms? If Yes, please provide the name of examination.				
その症状でどこが受診されましたか？ 検査名				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
3. Are you currently under medical treatment? 現在治療中の病気および服用中の薬はありますか？				
If Yes, please provide the name of disease and medication.				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
4. Medical history included hospitalization and surgery. 大きな病気、入院、手術 <input type="checkbox"/> Noneなし				
age / details		age / details		
age / details		age / details		



## 5. Allergy アレルギー ( food, medicine, other ) If Yes, please fill out the blank below.

☐ No      ☐ Yes

## 6. Smoking 喫煙 If Yes, please fill out the blank below.

☐ No      ☐ Yes      /per day 本/日      since いつから      ~      to

## 7. Alcohol 飲酒

☐ No      ☐ Yes      days/per week 週何日      ☐ occasionally 機会飲酒  
☐ beerビール      ☐ wineワイン  
☐ others その他      / volume 量      ml )

## 8. Have you had a health checkup in the past year? この1年間で健診をうけましたか？

☐ No      ☐ Yes

## 9. Women only; Are you currently pregnant, possibly pregnant or breast feeding?

※女性の方へ。現在妊娠中あるいは妊娠の可能性ありますか？または授乳中ですか？

☐ No  
☐ Yes      weeks pregnant 妊娠週数      ☐ possibly pregnant 妊娠可能性あり  
☐ breast feeding 授乳中

## How did you hear about our clinic?

- ☐ from family or relatives  
☐ from a friend ( name : \_\_\_\_\_ )  
☐ referred by a hospital (hospital name : \_\_\_\_\_ )  
☐ walked by the clinic      ☐ advertisement  
☐ HP      ☐ Facebook

*We are committed to providing high quality medical care by obtaining and utilizing medical information. In order to obtain and utilize accurate information, we ask for your cooperation in using your My-Number-Card (individual number card).*

保険あり ◎ I consent to the acquisition of medical information by My-Number-Card. I also agree to pay 3300 yen for the first visit and 1100 yen for the return visit as an administration fee.

マイナ保険証による診療情報取得に同意します。また事務手数料として初診時3300円、再診時1100円支払うことに同意します。

自費 ◎ I agree to receive medical treatment with the consent of payment for the medical fee at 30 yen per point after visit. 医療費について1点30円での支払に同意のうえ診療を受けることに同意します。

ISOS ◎ I authorize that Fukuda Minatomachi Clinic disclose my medical information to International SOS for the payment of my medical bills.

私の医療費をISOSが支払うにあたり、ふくだ湊町クリニックが私の医療情報をISOSに対し開示することに同意します。

signature

Date