

■ 基本情報（全てお答えください）/Personal Information（All are required information）

名前/Name	性別/Sex □男性/Male □女性/Female
生年月日/Date of Birth	年齢/Age
住所/Address：	電話番号/Phone Number

■ お困りの症状を教えてください。（チェックしてください）

What brings you here? (Check please)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 熱がある
/ Fever | <input type="checkbox"/> のどが痛い
/ Sore throat | <input type="checkbox"/> 咳が出る
/ Cough | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る
/ Runny nose |
| <input type="checkbox"/> たんが出る
/ Sputum | <input type="checkbox"/> 息が苦しい
/ Shortness of breath | <input type="checkbox"/> 鼻づまり
/ Stuffy nose | <input type="checkbox"/> お腹が痛い
/ Stomach Pain |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔気
/ Vomitting・Nausea | <input type="checkbox"/> 下痢
/ Diarrhea | <input type="checkbox"/> 便秘
/ Constipation | <input type="checkbox"/> 頭が痛い
/ Headache |
| <input type="checkbox"/> 胸が痛い
/ Chest Pain | <input type="checkbox"/> 動悸
/ Palpitation | <input type="checkbox"/> 不整脈
/ Arrhythmia | <input type="checkbox"/> むくみ
/ Edema |
| <input type="checkbox"/> 血圧が高い
/ Hypertension | <input type="checkbox"/> 血中脂質が高い
/ Dyslipidemia | <input type="checkbox"/> 尿酸値が高い
/ Hyperuricemia | <input type="checkbox"/> 貧血
/ Anemia |
| <input type="checkbox"/> 血糖値が高い
/ High blood sugar | <input type="checkbox"/> 糖尿病
/ Diabetes | <input type="checkbox"/> 発疹・湿疹
/ Rash・Eczema | <input type="checkbox"/> 元気がない
/ Lack of energy |
| <input type="checkbox"/> 疲れが取れない
/ Extreme fatigue | <input type="checkbox"/> 肩こり
/ Neck stiffness | <input type="checkbox"/> 腰痛
/ Low back pain | <input type="checkbox"/> 眠れない
/ Insomnia |
| <input type="checkbox"/> 物忘れ・認知症
/ Dementia | <input type="checkbox"/> めまい
/ Dizziness | <input type="checkbox"/> しびれ
/ Numbness | <input type="checkbox"/> 頻尿
/ Frequent urination |
| <input type="checkbox"/> 排尿時痛
/ Urinating pain | <input type="checkbox"/> 出血
/ Bleeding | <input type="checkbox"/> 残尿感
/ Feeling of residual urine | |
| <input type="checkbox"/> 捻挫・打撲・怪我
/ Sprain・Bruise・Injury | | | |

■ 具体的に教えてください/ Please briefly explain your symptom and tell us other problems if anything

■ それはいつからですか？/ Since when are you suffering？

■ これまでにかかった病気はありますか？/ Please write down your past medical history

- はい/Yes いいえ/No

「はい」と答えた方は具体的に教えてください。

■ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

/ Do you have allergies? or Have you ever had allergic reaction to any drugs or food?

- はい/Yes いいえ/No

「はい」と答えた方は具体的に教えてください。

-
- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 高血圧
/ Hypertension | <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常症
/ Dyslipidemia | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症
/ Hyperuricemia | <input type="checkbox"/> 糖尿病
/ Diabetes |
| <input type="checkbox"/> 喘息/ Asthma | <input type="checkbox"/> がん/ Cancer | <input type="checkbox"/> 不眠/ Insomnia | <input type="checkbox"/> 貧血/ Anemia |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患
/ Thyroid disease | <input type="checkbox"/> 心臓病
/ Heart Disease | <input type="checkbox"/> 腎臓病
/ Kidney Disease | <input type="checkbox"/> 肝臓病
/ Liver Disease |
| <input type="checkbox"/> 認知症/ Dementia | <input type="checkbox"/> アレルギー（花粉症、アトピーなど）
/ Allergies (Hay fever, Atopic dermatitis) | | <input type="checkbox"/> その他/ Other |
-

■ これまでに手術を受けたことはありますか？/ Have you ever had surgeries ?

- はい/Yes いいえ/No

「はい」と答えた方は具体的に教えてください。

■ その他、ご質問・ご希望等ありましたらご遠慮なく教えてください。

/ If you have any questions or request, please do not hesitate to tell us.

- 診断書が欲しい/ Need medical certificate
- 紹介状が欲しい/ Need letter of reference
- 点滴などあればつらい症状から解放されたい/ Request to be released from suffered symptoms by drip infusion or something
- その他/other :

■ 【優先診療やキャッシュレス決済をご希望の方】 迅速な診療体制維持と患者様の多様なニーズにお応えするために、当院では下記の「予約料（優先診療やキャッシュレス決済に対応）」を設けております。 / To quick consultation and fit patient's multiple needs, we have an option. If you are willing to pay "Reservation Fee ", priority doctor consultation and credit card payment are available. (Only for Japanese health-insurance user)

- 普段通りの診療を希望する（順番でのご案内、現金会計） / See doctor in order and pay with cash
- 予約診療（220-440円）を希望する（繰り上げ診療、現金/キャッシュレス 会計） / Priority doctor consultation and credit card payment
- 予約診療（3300円）希望する（30分以内に診療終了したい（点滴加療時間除く）、現金/キャッシュレス 会計） / Quick doctor consultation (within 30 minutes from your arrival, except treatment (drip infusion etc) time) and credit card payment