

Registration form N° 1

名前
Name :

性別
Male • Female

生年月日
Date of birth :

年齢
Age :

住所
Address :

電話番号
Phone number :

国籍
Nationality :

職業
Occupation :

緊急時連絡先
Whom may I contact in case of an emergency ?



今日は、どうされましたか？
What is troubling you today ?



現在、または、これまでに何か病気をしましたか？
Are there any medical conditions you have now or used to have ?



何か薬は飲んでいますか？
Are you taking any prescription or nonprescription medicines ?



手術歴はありますか？
Have you ever had any operation ?



ご家族で、なにか病気の方は、いますか？
Does anyone in your family have any
medical conditions ? If so, what ?



アレルギーは、ありますか？
Do you have any allergies ?



アルコール摂取は、しますか？
Do you drink alcohol ? If so, how much ?



国外への渡航歴は、ありますか？
Have you recently traveled outside
Japan ?



喫煙しますか？
Do you smoke ? If so, how many ?



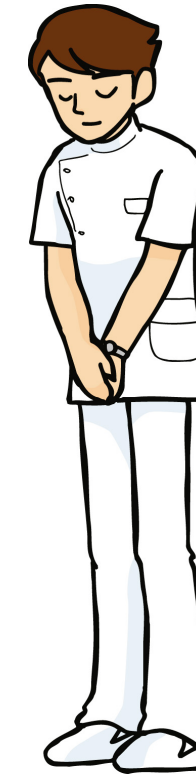
妊娠の可能性は？
Is there any possibility that you are pregnant now ?



最終月経は、いつでしたか？
When was your last menstrual period ?
Was it normal ?



月経は、通常、どれくらい続きますか？ 規則正しいですか？
How many days do your menstrual periods last ? Are your period regular ?



これらの症状があると、院内には、お入りできません。
If you have symptoms such as fever, cough, rash, abdominal pain, diarrhea, nausea and vomiting, please wait outside the clinic until you are called by the phone.



診察問診票に記入後、看護師に提出してください。
Please hand it to a nurse after filling out the registration form.

呼ばれるまで待合室でお待ちください。
Please wait on the sofa until you are called.