

## Patient Pre-Registration Form / 患者情報事前記入書

|  |  |                              |                          |
|--|--|------------------------------|--------------------------|
| <b>Name of patient / 患者氏名</b>  |  | <b>Height/Weight / 身長・体重</b> | _____ cm _____ kg        |
| <b>Date of birth / 生年月日 (西暦)</b>   | Year/年    Month/月    Day/日   | <b>Sex/性別</b>                | □ Male/男性    □ Female/女性 |
|  | (                      Years old/歳)  |                              |                          |
| <b>Type of health insurance / 保険の種類</b>                                    | <input type="checkbox"/> Uninsured/保険に加入していない <input type="checkbox"/> Japanese public health insurance / 日本の公的健康保険<br><input type="checkbox"/> Private health insurance/民間の保険 ( <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Overseas )<br>( Name of insurance company/保険会社名: _____ ) |                              |                          |
| <b>The languages you can speak / 話せる言語</b>                                 |  | <b>Nationality / 国籍</b>      |                          |
| <b>Special considerations required for religious reasons / 宗教等配慮が必要な事項</b> |  |                              |                          |
| <b>Allergies / アレルギーの有無</b>  | <input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物:<br><input type="checkbox"/> Medicine/薬:  |                              |                          |

### What is the problem today? (Check all that apply.) / 今日どのような症状がありますか。(複数可)

- |  |  |   |   |   |   |
|--|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever/発熱 ( _____ °C)                  | <input type="checkbox"/> Cough/咳           | <input type="checkbox"/> Difficulty breathing / 息が苦しい | <input type="checkbox"/> Palpitation / 動悸 | <input type="checkbox"/> Swelling / むくみ             | <input type="checkbox"/> Injury/けが      |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath/息切れ               | <input type="checkbox"/> Vomiting / 嘔吐     | <input type="checkbox"/> Nausea / 吐き気                 | <input type="checkbox"/> Dizziness / めまい  | <input type="checkbox"/> Hives, nettle rash / じんましん | <input type="checkbox"/> Numbness / しびれ |
| <input type="checkbox"/> Bloody stool/血便                       | <input type="checkbox"/> Bloody urine / 血尿 | <input type="checkbox"/> Paralysis / 麻痺               | <input type="checkbox"/> Diarrhea/下痢      | <input type="checkbox"/> Itchiness / かゆみ            |   |
| <input type="checkbox"/> Pain/痛み (The part of the pain: _____) |  |   | <input type="checkbox"/> Other(s)/その他:    |   |   |

### 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 ( 時 分頃から)

### Did you stay in any countries except Japan (including you home country) recently? / 最近、外国に滞在しましたか?

- No/いいえ     Yes/はい    Country ( \_\_\_\_\_ )    The travel period / 期間 ( year    month    day )  
 Country ( \_\_\_\_\_ )    The travel period / 期間 ( year    month    day )

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

/現在、飲んでる薬はありますか? ※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 / お薬の名前 | How to take or use your medication/飲み方・使い方 |   | Name of medications / お薬の名前 | How to take or use your medication/飲み方・使い方 |
|---|-----------------------------|--|---|-----------------------------|--|
| ① |                             |  | ④ |                             |  |
| ② |                             |  | ⑤ |                             |  |
| ③ |                             |  | ⑥ |                             |  |

### 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病気はありますか?

- No/いいえ     Yes/はい    If you checked "Yes", write the name of the disease and the hospital where you received treatment./「はい」に☑した人は、治療していた病名と医療機関名を書いてください。

| Name of disease/疾患名 | Treatment progress/治療経過  | Hospital name/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/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/中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療 |                     |