

Name: _____ Body Temperature: _____ °C

* Please inform receptionist if you are having high fever or suspected any infectious disease *

Please answer the questions below

1 What symptoms do you have? / どのような症状がありますか

- ☐ Fever/発熱 ☐ Cough/咳 ☐ Sore throat/喉の痛み ☐ Runny nose/鼻水 ☐ Shortness of breath/息苦しさ
☐ Headache/頭痛 ☐ Dizziness/めまい ☐ Abdominal pain/腹痛 ☐ Diarrhea/下痢
☐ Nausea/嘔気 ☐ vomiting/嘔吐 ☐ Rash/発疹 ☐ Palpitation/動悸 ☐ Chest pain / discomfort/胸痛・胸部不快感
☐ Swelling/むくみ ☐ Others/その他 [_____]

2 When did the symptoms start? / その症状はいつからありますか

[_____]

3 Have you seen any physician or taken medications for the symptoms above?

☐ Yes ☐ No

/ 今回の症状に対して治療を受けたり、薬を使用したことはありますか

Treatments and / or medications / 治療した内容や使用した薬

[_____]

4 Are you allergic to any foods or medications? / 薬や食品などにアレルギーはありますか

☐ Yes ☐ No

Foods / medications / 薬・食品名 [_____]

5 Have you traveled to any countries within a month?

☐ Yes ☐ No

/ 1ヶ月以内にどこかの国を旅行しましたか

Country(ies) / 国名 [_____]

6 Where are you from? / この国の出身ですか [_____]

7 When did you come to Japan? / いつ日本に来ましたか [_____]

8 How long are you going to stay in Japan? [_____]

/ どのくらいの期間、日本に滞在する予定ですか

For adults only

6 Are you currently undergoing treatments for any diseases or previously had any diseases listed below?

/ 現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか

- ☐ High blood pressure/高血圧 ☐ Hyperlipidemia/高脂血症 ☐ Diabetes/糖尿病
☐ Gout / Hyperuricemia/痛風・高尿酸血症 ☐ Heart disease/心臓病 ☐ Asthma/喘息

7 Are you currently under any medications? / 常用している薬はありますか

☐ No ☐ Yes Medications / 薬品名 [_____]

8 Do you drink alcohol? / 飲酒はしますか

☐ No ☐ I quitted _____ years ago ☐ Yes (_____ ML / time, _____ times / week)

9 Do you smoke? / 喫煙されますか

☐ No ☐ I quitted _____ years ago ☐ Yes (_____ cigarettes / day, since _____ years ago)

For ladies only

10 Are you pregnant / possibly pregnant? / 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか

☐ Yes ☐ No

11 Are you breastfeeding? / 現在、授乳中ですか

☐ Yes ☐ No