

Medical Questionnaire (Neurosurgery) / 脳神経外科問診票 / 脳神経外科問診票

Date/ 日期/ 日付 year/ 年 month/ 月 day/ 日

Please check the appropriate boxes./ 您的状况的项目处打上记号/ あてはまるものにチェックしてください

Patient name/ 病人姓名/ 患者氏名

Do you have health insurance? / 是否持有健康保险/ 健康保険証はお持ちですか?

 Yes/ 有 / はい No/ 无 / いいえ

Date of birth/ 出生日期 / 生年月日

year/ 年 month/ 月 day/ 日

Sex/ 性別/ 性別 Male/ 男 Female/ 女

Height and weight/ 身高・体重/ 身長・体重

cm kg

Age/ 年齢/ 年齢 years old/ 岁/ 歳

Language/ 语言 / 言語

Nationality/ 国籍

Living condition/ 生活状况

- With family member(s)/ 和家人一起/ 家族と同様 Have young children/ 有小孩/ 幼い子どもがいる Living alone/ 单身/ 独居
- Aged household/ 老人家庭/ 高齢者世帯 Single parent/ 母子家庭
- Other/ 其他/ その他()

Employment/ 职业 / 職業

- Full-time/ 专职雇佣 / 常勤雇用 Part-time/ 短时间工作 / パートタイム Self-employed/ 个体经营 / 自営業
- Retired/ 退休 / 退職 Unemployed/ 无职业 / 無職

What brought you here today? / 症状是什么? / どうしましたか?

- Headache/ 头痛/ 頭が痛い Heavy headedness/ 头沉重/ 頭が重い Dizziness/ 头晕/ めまい
- Nausea/ 恶心/ 吐き気 Vomiting/ 呕吐/ 嘔吐 Numbness/ tingling/ 麻木/ しびれ
- Shaking of limbs/ 手脚发抖/ 手足のふるえ Stiff neck and shoulder/ 肩膀酸痛/ 肩こり Ringing in the ear/ 耳鸣/ 耳鳴り
- Pain when moving neck/ 调动头的疼痛/ 首を動かすと痛い Difficulty walking/ 不很好地能走 / うまく歩けない
- Paralysis of arms and/or legs/ 手足的麻痹/ 手足の麻痺 Vision change, double vision/ 看上去象双重 / 物が見えにくい、二重に見える
- Loss of consciousness/ 神志不清/ 意識がなくなる Difficulty recalling simple things/ 简单事不能想 / 簡単なことが思い出せない
- Difficulty hearing/ 听力下降/ 聞こえにくい Difficulty speaking/ 不很好地会说言词 / 发音障碍 / 言葉がうまく話せない
- Trauma/ 碰撞了头部 / 頭部外傷
- Other/ 其他/ その他()

When do the symptoms occur? / 怎样的时候有症状? / 一天中何时最痛? / どんな時に症状がありますか?

- Morning/ 早晨 / 朝 Daytime/ 白天 / 昼 Evening/ 晚上 / 夕方 Night/ 睡前/ 寝る前 Irregular/ 不定期 / 不定期
- Sudden onset/ 突然/ 突然 Constantly/ 经常 / いつも Gradual onset/ 慢慢 / 徐々に When I move/ 动的时候 / 動くとき
- When I feel tired/ 感到时疲劳 / 疲労を感じたとき While in bed/ 就寝中 / 就寝中 During meals/ 吃饭中 / 食事中
- When I wake up/ 起床时 / 起床時 No consistent pattern/ 特没决定 / 特に決まっていない
- Other/ 其他/ その他()

When did the symptoms start? / 什么时候出现症状? / いつからその症状がありますか?

Since approximately/ 大概: year/ 年 month/ 月 day/ 日 頃より

Are you currently undergoing treatment for any diseases? / 有现在治疗的病吗? / 現在治療している病気はありますか?

- Yes/ 是 / はい (Disease / 病名)
- No/ 不是 / いいえ

A person with a headache is required to answer the following questions. 头痛者请回答/ 頭が痛い方への質問です

Area / 疼痛部位 front/ 头前部 前 back 头后部 後 Right side / 头右侧 右 Left side/ 头左侧 左 Entire head 整个头部/ 全体

Type of pain? / 怎样疼痛? / どのように痛みますか?

- throbbing / 跳痛, 一跳一跳地疼 / スキンズキン sharp/severe/ 强烈的头痛, 耳鸣声 / ガンカ ン like being struck with a hammer/ 裂开似的疼痛 / カンと割れるように tingling / 绞痛, 剧痛 / キリキリ pricking/ 像针扎似的刺痛 チクチク other/ 其他 その他

Are you allergic to any foods or medications? / 是否有药物或食物过敏史 / 薬や食べ物でアレルギーが出来ますか?

Yes/ 有 /はい Medication/ 药物/ 薬 Food/ 食物/ 食べ物 Other/ 其他/その他()
 No/ 无 /いいえ

Are you currently taking any medications? / 是否正在服药? / 現在飲んでいる薬はありますか?

Yes/ 是 /はい →→ Please show us the medications if you have them with you. / 如隨身攜帶, 請給醫生看一下 / 持っていれば見せてください
 No/ 否 /いいえ

Have you previously had any of the diseases listed below? / 以前是否患过以下疾病? / 今までにかかった病気はありますか?

Gastrointestinal disease/ 腸胃病 / 胃腸の病気 Liver disease/ 肝病 / 肝臓の病気 Heart disease/ 心脏病 / 心臓の病気
 Kidney disease/ 腎臓病 / 腎臓の病気 Respiratory disease/ 呼吸器官の疾病 / 呼吸器の病気 Blood disease/ 血液的疾疾病 / 血液の病気
 Brain / neurological disease/ 脳・神経系统的疾病 / 脳・神経系の病気 Cancer/ 癌 / 癌 AIDS/ 艾滋病 / エイズ
 Thyroid gland disease/ 甲状腺疾病 / 甲状腺の病気 Diabetes/ 糖尿病 / 糖尿病 Other/ 其他/その他

How old were you when you became ill? / 那个是几岁的时候吗? / それは何歳の時ですか?

Age: _____ years old/ 岁/歳

Do you smoke? / 是否吸烟? / たばこを吸いますか?

Yes/ 是 / 吸う → Current amount/ 现在 / 現在: cigarettes/day/ 支/天 (本/日) Duration/ 吸烟经历 / 喫煙歴: years/年
 No, but I used to. / 我以前正吸 / Previous amount/ 过去 / 過去: cigarettes/day/ 支/天 (本/日) Duration/ 吸烟经历 / 喫煙歴: years/年
 No/ 否 / 吸わない

Do you drink alcohol? / 是否饮酒? / お酒を飲みますか?

Yes/ 是 /はい → mL/day/ 毫升/天 ml/日 No/ 否 /いいえ

Have you ever had any surgery? / 是否接受过手术治疗? / 手術を受けたことがありますか?

Yes/ 是 /はい No/ 否 /いいえ

When was the surgery? / 什么时候做手术了? / いつごろですか?

Approximately/ 大约 / おおよそ: _____ year/ 年 _____ month/ 月 (Type of surgery/ 手术名 / 手術名: _____)

Have you ever had any anesthesia? / 受到过麻醉吗? / 麻酔を受けたことがありますか?

Yes/ 是 /はい →→ General anesthesia/ 全身麻醉 / 全身麻酔 Local anesthesia/ 局部麻醉 / 局所麻酔
 No/ 否 /いいえ

Did you have any problems related to the anesthesia? / 施行麻醉, 有了什么纠纷吗? / 麻酔をして何かトラブルがありましたか?

Yes/ 是 /はい No/ 否 /いいえ

Have you ever had a blood transfusion? / 受到过输血吗? / 輸血を受けたことがありますか?

Yes/ 是 /はい No/ 否 /いいえ

Is there a possibility that you are pregnant? / 现在是否正在怀孕或可能怀孕 / 妊娠していますか、またその可能性はありますか?

Yes/ 是 /はい No/ 否 /いいえ

Would you like to have a brain examination? / 被希望脑的检查吗? / 脳の検査を希望されますか? / CT/MRI 検査

Yes/ 是 /はい →→ MRI CT Determined by doctor's decision/ 由医生的决定 / 決定 / 医師の判断による

No/ 否 /いいえ

Will you be able to bring an interpreter with you in the future? / 今后能否自带翻译来院就诊? / 通訳を連れて来てくれますか?

Yes/ 是 /はい No/ 否 /いいえ

Please wait as we call you in order / 因为按次序叫所以等候。 / 順番にお呼びしますのでお待ち下さい

If you feel bad, please tell the staff / 如果您心情不好, 请告诉工作人员 / ご気分が悪いときにはスタッフにお申し付け下さい

Kanenaka Neurosurgery clinic / 金中脳神経外科 診所 / かねなか脳神経外科