

## Medical Questionnaire for foreign patients / 外国の患者様の問診票 (第2版)

2020年4月16日 富山大学附属病院 産科婦人科

Please fill in this form.

Patient name / 患者氏名 : \_\_\_\_\_

Date of birth / 生年月日 : \_\_\_\_\_year / 年 \_\_\_\_\_month / 月 \_\_\_\_\_day / 日

Age / 年齢 : \_\_\_\_\_years old / 歳

Language / 母国語 : \_\_\_\_\_

Nationality / 国籍 : \_\_\_\_\_

Do you speak Japanese or English? / 日本語か英語を話しますか?

☐ Japanese / 日本語 ☐ English / 英語 ☐ No / いいえ

Did you travel abroad in the past 4 weeks? / 4週間以内の渡航歴はありますか?

☐ Yes / はい Country / 国 \_\_\_\_\_ ☐ No / いいえ

When did you come back to Toyama? / 渡航先からいつ富山に戻ってきましたか?

\_\_\_\_\_year / 年 \_\_\_\_\_month / 月 \_\_\_\_\_day / 日

Did you travel outside of the Toyama prefecture in the past 4 weeks? / 4週間以内に県外に行きましたか?

☐ Yes / はい Prefecture(s) you traveled to / 県 \_\_\_\_\_

When did you come back to Toyama? / いつ富山に戻りましたか? \_\_\_\_\_month / 月 \_\_\_\_\_day / 日

☐ No / いいえ

Are you pregnant? 妊娠していますか?

☐ Yes / はい

Number of weeks of pregnancy / 妊娠週数 : \_\_\_\_\_ weeks

Expected date of delivery / 分娩予定日 :

\_\_\_\_\_year / 年 \_\_\_\_\_month / 月 \_\_\_\_\_day / 日

☐ No / いいえ

Do you have fever over 37°C? / 37度以上の熱はありますか?

☐ Yes / はい \_\_\_\_\_ °C ☐ No / いいえ

Do you have cold-like symptoms listed below? / 下記に挙げる風邪症状はありますか?

☐ Cough / 咳 ☐ Breathlessness / 息苦しさ ☐ Sore throat / 咽頭痛 ☐ Sputum / 痰が出る

☐ Dysosmia / 嗅覚異常 ☐ Dysgeusia / 味覚異常 ☐ Muscle pain / 筋肉痛

☐ Diarrhea / 下痢 ☐ Nausea・vomiting / 嘔気・嘔吐 ☐ No / いいえ

☐

Did you have contact with anyone who had tested positive for the novel coronavirus or do you live with the person? / 新たにコロナウイルス感染症に罹った人と接触しましたか? または一緒に住んでいますか?

☐ Yes / はい    ☐ No / いいえ

Did anyone in your household/you had contact with in the past 2 weeks have cold-like symptoms? / あなたと一緒に住んでいる人もしくは 2 週間以内に接触した人に風邪症状がありましたか？

☐ Yes / はい    ☐ No / いいえ

Did you go to any of events/spots listed below in the past 4 weeks? / 4 週間以内に下記のイベントや施設に行きましたか？

☐ Night club / ナイトクラブ    ☐ Buffet-style restaurant / ビュッフェスタイルのレストラン    ☐ Gym / ジム    ☐ Party / パーティー    ☐ Hostel or guest house / ゲストハウス    ☐ Event held in a closed space / 密閉空間でのイベント    ☐ No / いいえ

Have you ever had any of diseases or got treatments listed below?

/ 下記の疾患に罹ったことや治療を受けたことがありますか？

☐ Diabetes / 糖尿病    ☐ Heart diseases / 心疾患    ☐ Respiratory diseases / 呼吸器疾患    ☐ Dialysis / 透析    ☐ Immunosuppressants / 免疫抑制剤    ☐ Anticancer drugs / 抗癌剤    ☐ No / いいえ