

Medical History Form

既往歴

Date 日付: _____

Name 名前: _____ Age 年齢: _____ Date of Birth 生年月日: _____

Reason for visit today 疾病又は障害の内容:

Current and past medical problems (conditions and dates of diagnosis) 治療中・過去の病気(病名・年):

Current medications and doses (prescribed, non-prescribed, herbal) 服用している薬、漢方、健康食品、ビタミン:

Allergies (to medications/latex/food) アレルギー(薬・食べ物・ゴム): Yes/No _____

Past hospitalizations (conditions and dates and hospital) 入院(病名・年・病院名):

Past surgeries (conditions and dates and hospital) 手術(病名・年・病院名):

Significant injuries 事故・怪我: _____

Current/recent healthcare providers (specialty and hospital) 現在かかっている担当医・専門医(病院名):

Family history : (father, mother, siblings, paternal/maternal grandparents) 家族歴(父・母・兄妹・祖父・祖母)
 Relationship and age of diagnosis (関係と診断された年齢)

Cancer (type) 癌(病名) : _____

Heart disease/stroke 心臓病・脳梗塞: _____

Diabetes 糖尿病: _____

Mental disease/addiction 精神病・依存: _____

Asthma/eczema 喘息・アトピー: _____

Other その他: _____

Current household members (any pets?) 同居者(ペット込み): _____

Occupation/school (any safety hazards?) 職業・学校(職業上・学校内の危): _____

Smoking 喫煙: Y/N 有・無 Current/past 現・過 _____ Packs/day for _____ Yrs 1 日 _____ 箱を _____ 年間

Alcohol アルコール: Y/N 有・無 _____ Drinks of _____ per day/wk/mth 種類 _____ 1 回の量 _____ 週に何回 _____

Drugs ドラッグ: Y/N 有・無 Current/past 現・過 Type 種類: _____

Exercise/sports 運動・スポーツ: Y/N 有・無 _____ min/hr per day _____ days per wk/mth 1 回 _____ 分を週に _____ 回

Sleep 睡眠: _____ hr 時間 Difficulty falling asleep 寝つき Y/N 良・悪 Difficulty maintaining sleep Y/N 浅い・深い Difficulty waking up 寝起き Y/N 良・悪

Happiness level 幸せ度: 1 Least happy 最小 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Most happy 最大(Circle one ○ して下さい)

Stress level ストレス度: 1 Least stressed 最小 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Most stressed 最大(Circle one ○ して下さい)

Last checkup (mo/yr) 健康診断受診日(月年): _____ Pap/mammo (mo/yr) 婦人科検診日: _____

Colonoscopy (mo/yr) 内視鏡検査受診日(月年): _____ 過去にピロリ菌治療: 有・無

Vaccines in the last 10 years (type and mo/yr) 過去 10 年に受けた予防接種(種類・月年): _____

Last menstrual period 最終月経日: _____

Do you have these problems currently or recently (few weeks)?
現在や最近（数週間）に症状はありますか？

Name 名前:

Date 日付:

Please circle.

○して下さい。

Constitutional

Fatigue
Fever/Chills
Night sweats
Abnormal weight gain/loss
Other

体質

疲労
熱・悪寒
寝汗
体重の変動
その他

Musculoskeletal

Joint Pain
Back Pain
Problem Walking
Other

筋肉や関節

関節痛
腰痛
歩行の問題
その他

Eyes

Blurry vision
Eye pain
Other

目

かすみ目
痛み
その他

Skin

Rash
Change in Mole
Other

皮膚

発疹
ほくろの変化
その他

Ear, Nose, and Throat

Hearing loss
Ringing of the ears
Vertigo
Runny nose
Nose bleeds
Sore throat
Voice change
Other

耳鼻喉

難聴
耳鳴り
めまい
鼻水
鼻血
喉の痛み
声の変化
その他

Neurologic

Seizures
Stroke
Headaches
Weakness
Numbness/Tingling
Other

神経

痙攣（けいれん）
脳梗塞・脳卒中
頭痛
虚弱・脱力感
麻痺・しびれ
その他

Cardiovascular

Chest pain
Swelling of feet
Difficulty breathing when lying down
Palpitations or irregular heartbeat
Heart murmur
Other

心血管

胸痛
むくみ
平らだと息苦しい・枕の数が増えた
動悸・不整脈
心雑音
その他

Psychiatric

Depression
Anxiety
Suicidal thoughts
Difficulty sleeping
Other

精神

うつ病
不安症
自殺願望
不眠症
その他

Respiratory

Cough
Shortness of breath
Asthma
COPD
Other

呼吸

咳
息切れ
喘息（ぜんそく）
慢性閉塞性肺疾患
その他

Endocrine

Heat/Cold intolerance
Change in skin or hair
Excessive thirst or urination
Other

内分泌

暑がり・寒がり
皮膚や髪の変化
喉の渇き・多尿
その他

Gastrointestinal

Nausea/Vomiting
Diarrhea/Constipation
Bleeding
Other

消化

吐き気
下痢・便秘
血便・潜血
その他

Hematologic/Lymphatic

Easy bruising
Anemia
Swollen lymph nodes
Other

血液・リンパ腺

あざがでやすい
貧血
リンパ腺の炎症
その他

Men Only

Difficulty with erection
Weak urinary stream
Other

男性

勃起障害
尿の勢いが少ない
その他

Genitourinary

Burning with urination
Frequent urination
Discharge
Other

泌尿

痛み
頻尿
おりもの
その他

Women Only

Change in periods
Vaginal discharge
Nipple discharge
Breast lumps
Other

女性

生理の変化
おりもの
乳汁
胸のしこり
その他

None of the above

上記該当なし