

**PATIENT INTAKE HISTORY/問診票**

診察・検診をする上で重要な情報になりますので、ご記入の際はお間違えのないようお願い致します。  
出来る範囲でかまいませんので、なるべく英語でご記入下さい。

Name 氏名	Birth Date 生年月日 月 日 年	ID NO.	Date 月 日 年
Address 住所			Home Telephone 電話 ( )
Employer 勤務先	Work Telephone 電話 ( )	Insurance 保険名	
Name of Spouse/Partner ご主人・伴侶氏名		Emergency Contact 緊急連絡先氏名	
Relationship 連絡先人との関係	Home Telephone 電話 ( )	Work Telephone 勤め先の電話 ( )	
Referred By 紹介者	Primary Care Physician かかりつけの内科医師名		
Why have you come to the office today? 来院された理由は?			
If you are here for an annual examination is this a 定期検診の場合、どちらの検診を希望していますか? <input type="checkbox"/> Primary Care Visit 一般的な検診 <input type="checkbox"/> Gynecology Only 婦人科検診のみ			
Is this a new problem/new symptom/problem? 新しい症状・問題ですか? <input type="checkbox"/> Yes/はい <input type="checkbox"/> No/いいえ			
Please describe your problem, including where it is, how severe it is, and how long it's lasted. 受診を希望された理由・症状(箇所、期間・頻度などを含める)を詳しく記入。			

分からない箇所や説明しにくい場合は、空欄のままでもかまいません。先生に直接お話下さい。

**GYNECOLOGIC HISTORY 婦人科問診**

Physician's Notes/先生の書込み欄

Last normal menstrual period/最終月経が始まった日は? / /	
Age period began/初潮があった年齢は?	
Length of periods/月経は平均して何日続きますか?	
Number of days between periods/月経の周期は?	
Any recent changes in periods/最近、月経に異常がありましたか?	
Are you currently sexually active/現在の性交渉の頻度は?	
Have you ever had sex/性交の経験がありますか?	
Number of Sexual partners/何人との性交の経験がありますか?	
Sexual partners are/性交の相手。 <input type="checkbox"/> Men/男性 <input type="checkbox"/> Women/女性 <input type="checkbox"/> Both/両性	
Present method of birth control/使用している避妊方法は?	
Have you ever used an intrauterine device (IUD) or birth control pill? IUD、または経口避妊薬(ピル)を使用・服用した事がありますか?	
If yes, how long/上記の使用・服用期間。	
When was your last pap test/最後に子宮頸がんの検査を受けたのは? / /	
What was the result/上記の検査結果は? <input type="checkbox"/> Normal/正常 <input type="checkbox"/> Abnormal/異常	
Have you ever had an abnormal pap test? 過去に子宮頸がんの検査で異常がみられた事がありますか?	
Do you do regular breast self-examinations 自身で定期的に乳房の触診をしていますか?	

**PATIENT INTAKE HISTORY/問診票 (Continued/続き)**

Name 氏名	Birth Date 生年月日 月 日 年	ID NO.	Date 月 日 年
------------	--------------------------	--------	---------------

**OBSTETRIC HISTORY 産科問診**

Pregnancies/妊娠		Number/回数	Abortions/中絶		Number/回数	Miscarriage/流産		Number/数
Premature Birth/早産			Live Births/分娩			Living Children/子供		
No.	Birth Date 出産日	Weight 体重	Sex/性別	Weeks Pregnant 妊娠周期	Type of delivery Vaginal/Cesarean) 出産方法 (普通分娩・帝王切開)		Complications 出産時の異常	
1								
2								
3								
4								

**CURRENT MEDICATIONS 現在服用している薬**

(Hormones, vitamins, herbs, nonprescription medication/ホルモン剤、ビタミン、ハーブ、漢方、一般服用薬を含む)

Drug Name/薬名	Dosage/服用量	Who prescribed 処方医師名	Drug Name/薬名	Dosage/服用量	Who prescribed 処方医師名

**FAMILY HISTORY 家族歴**

Mother/母親 :	<input type="checkbox"/> Living/生存	<input type="checkbox"/> Deceased/死亡	Cause/原因	Age/年齢
Father/父親 :	<input type="checkbox"/> Living/生存	<input type="checkbox"/> Deceased/死亡	Cause/原因	Age/年齢
Siblings Number Living/兄弟姉妹(生存):	Number Deceased/死亡:	Cause(s)原因/Age(s)年齢		
Children Number Living/子供(生存):	Number Deceased/死亡:	Cause(s)原因/Age(s)年齢		
Illness/病名	Yes/はい	Which relative & onset age 親戚・診断された年齢		Physicians Notes/先生の書き込み欄
Diabetes/糖尿病				
Strokes/脳卒中				
Heart Disease/心臓病				
Blood Clots in lungs or legs/肺・足の血栓				
High Blood Pressure/高血圧				
High Cholesterol/高コレステロール				
Osteoporosis/骨粗しょう症				
Hepatitis/肝炎				
HIV・AIDS/エイズ				
Tuberculosis/結核				
Birth Defects/出生異常				
Drinking or Drug Problems/飲酒・薬物中毒				
Breast Cancer/乳がん				
Colon Cancer/大腸がん				
Ovarian Cancer/卵巣がん				
Uterine Cancer/子宮がん				
Mental Illness・Depression/精神病・うつ病				
Alzheimer's Disease/アルツハイマー				
Other/その他				

PATIENT INTAKE HISTORY/問診票 (Continued/続き)			
Name 氏名	Birth Date 生年月日 月 日 年	ID NO.	Date 月 日 年

**SOCIAL HISTORY**

	Yes/はい	No/いいえ	Physicians Notes/先生の書き込み欄
Ever smoked/喫煙経験は? Per day/一日: バック Year/一年: バック			
Alcohol/飲酒 量: Per day/一日: Per week/一週間:			
Recreational Drug Use/有害薬物(ドラッグ)使用経験は?			
Seat Belt Use/シートベルトは着用していますか?			
Exercise/運動 量: Length/時間: Frequency/回数:			
Dairy product intake-calcium supplements/Quantity 乳製品・カルシウムサプリメント摂取量 服用量:			
Health hazards at home/work? 自宅・仕事場に健康有害物があるか?			
Have you been sexually abused, threatened, or hurt by anyone? 性的虐待、脅迫、危害を誰かから受けた経験はありますか?			

**PERSONAL PROFILE**

Sexual Orientation/性的指向 <input type="checkbox"/> Heterosexual/異性愛者 <input type="checkbox"/> Homosexual/同性愛者 <input type="checkbox"/> Bisexual/両性愛者
Marital Status/結婚歴 <input type="checkbox"/> Married/既婚 <input type="checkbox"/> Living with partner/同棲 <input type="checkbox"/> Single/独身 <input type="checkbox"/> Widowed/未亡人 <input type="checkbox"/> Divorced/離婚
Number of Living Children/子供の人数:
Number of people in household/同居人の人数:
School Completed/学歴 <input type="checkbox"/> High school/高校 <input type="checkbox"/> Some College Degree/短大 <input type="checkbox"/> College/大学 <input type="checkbox"/> Graduate Degree/大学院 <input type="checkbox"/> Other/その他:
Current or most recent job/現在、または最後に就いた職業:
Travel outside the U.S./米国外への旅行経験は?(場所も含む)

**PERSONAL PAST HISTORY OF ILLNESSES**

<u>Major Illness/主な病歴</u>	Yes (日付)	No	Not sure	<u>Major Illness/主な病歴</u>	Yes (日付)	No	Not sure
Asthma/喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiatal hernia/食道裂孔ヘルニア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonia/肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers/潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lung disease/肺感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression-anxiety/うつ病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney infection/腎炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia/貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney stones/腎結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood Transfusions/輸血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis/結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures-convulsions-epilepsy ひきつけ			
Sexually transmitted disease 性感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bowel problems/便通に異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-AIDS/エイズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma/緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart attack/心臓麻痺心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataracts/白内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart problems/心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis/関節炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint pain/関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High blood pressure/高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Back problems/背中の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke/脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Broken bones/骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatic fever/リュウマチ熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood clots in lungs/肺の血栓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yellow jaundice/黄疸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood clots in legs/足の血栓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver disease/腎臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eating disorders/拒食症 - 過食症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid Disease/甲状腺の疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collagen vascular disease (LUPUS) 狼瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallbladder Disease/胆石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chickenpox/水疱瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Headaches/頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer/癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/その他:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux/逆流性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
				_____			

PATIENT INTAKE HISTORY/問診票 (Continued/続き)			
Name 氏名	Birth Date 生年月日 月 日 年	ID NO.	Date 月 日 年

**OPERATIONS/HOSPITALIZATIONS 手術・入院の経験**

Reason/理由	Date/日付	Hospital/病院名

**INJURIES/ILLNESSES 怪我や病気の経験**

Type/種類	Date/日付	Type/種類	Date/日付

**IMMUNIZATION/TEST 予防接種**

	Date/日付		Date/日付
Tetnus-Diphtheria Booster/破傷風		Influenza Vaccine/インフルエンザ	
Hepatitis A Vaccine/A 型肝炎		Hepatitis B Vaccine/B 型肝炎	
Varicella Vaccine/水疱瘡		Pneumococcal Vaccine/肺炎	
Measles-Mumps-Rubella (MMR)Vaccine はしか・おたふく風邪・風疹 (MMR)		Tuberculosis (TB) Skin Test/Result: ツベルクリン・テスト 結果:	

**REVIEW OF SYSTEMS 身体の変調**

下記の症状が当てはまる項目に印を付けて下さい。

	Now/現在	Past/過去	Not sure/不明	Physicians Notes
<b>1. CONSTITUTIONAL</b>				
Weight loss/体重の減少				
Weight gain/体重の増加				
Fever/熱				
Fatigue/疲労				
Change in height/背丈の変化				
<b>2. EYES</b>				
Double vision/物が二重に見える				
Spots before eyes/点が見える				
Vision changes/視力の変化				
Glasses/contacts/眼鏡・コンタクト着用				
<b>3. EAR, NOSE, AND THROAT</b>				
Earaches/耳の痛み				
Ringings in ears/耳鳴り				
Hearing problems/難聴				
Sinus problems/副鼻腔炎				
Sore throat/のどの痛み				

**PATIENT INTAKE HISTORY/問診票 (Continued/続き)**

Name 氏名	Birth Date 生年月日 月 日 年	ID NO.	Date 月 日 年	
<b>3. EAR, NOSE, AND THROAT</b>	Now/現在	Past/過去	Not sure/不明	Physicians Notes
Mouth sores/口内炎				
Dental problems/歯の異常				
<b>4. CARDIOVASCULAR</b>				
Painful breathing/呼吸に伴なって痛む				
Chest pain or pressure/胸痛				
Difficulty breathing on exertion/呼吸困難				
Swelling of legs/足のむくみ				
Rapid or irregular heartbeat/心拍の異常・速い				
<b>5. RESPIRATORY</b>				
Wheezing/喘鳴				
Spitting up blood/吐血				
Shortness of breath/息切れ				
Chronic cough/慢性の咳				
<b>6. GASTROINTESTINAL</b>				
Frequent diarrhea/頻繁な下痢				
Bloody stool/血便				
Nausea/vomiting/indigestion/吐き気・消化不良				
Constipation/便秘				
Involuntary loss of gas or stool/排便やガスが制御不能				
<b>7. GENITOURINARY</b>				
Blood in urine/血尿				
Pain with urination/排尿時の痛み				
Strong urgency to urinate/緊急な排尿間				
Frequent urination/頻尿				
Incomplete emptying/残尿感				
Involuntary urine loss/排尿の自制が不可能				
Urine loss when coughing or lifting 咳や重い物を持つ時失禁する				
Abnormal bleeding/異常出血				
Painful periods/生理通がひどい				
Premenstrual syndrome (PMS)/生理前のいらいら				
Painful intercourse/性行為時の痛み				
Fibroids/子宮筋腫				
Infertility/不妊症				
DES exposure/DES の摂取経験				
Abnormal vaginal discharge/おりものの異常				
<b>8. MUSCULOSKELETAL</b>				
Muscle weakness/筋肉の弱まり				
Muscle or joint pain/筋肉・関節の痛み				
<b>9a. SKIN</b>				
Rash/発疹				
Sores/傷				
Dry skin/乾燥肌				
Moles/先天性のできもの・しみ				

**PATIENT INTAKE HISTORY/問診票 (Continued/続き)**

Name 氏名	Birth Date 生年月日 月 日 年	ID NO.	Date 月 日 年
------------	--------------------------	--------	---------------

9b. BREASTS	Now/現在	Past/過去	Not sure/不明	Physicians Notes
Pain in breast/乳房の痛み				
Nipple discharge/乳首からの分泌物				
Lumps/乳房にしこり				

10. NEUROLOGIC				
Dizziness/めまい				
Seizures/ひきつけ				
Numbness/痺れ				
Trouble walking/歩行困難				
Severe memory problems/記憶力の異常				
Frequent or severe headaches/頻繁・過度の頭痛				

11. PSYCHIATRIC				
Depression/frequent crying/うつ病・頻繁に泣く				
Severe anxiety/過度の不安感				

12. ENDOCRINE				
Hair loss/抜け毛				
Heat/cold intolerance/暑さ・寒さに過敏				
Abnormal thirst/異常な喉の渇き				
Hot flashes/のぼせ				

13. HEMATOLOGIC/LYMPHATIC				
Frequent bruises/あざがよくできる				
Cuts do not stop bleeding 切り傷の出血が止まらない				
Enlarged lymph nodes (glands)/リンパ腺の腫れ				

14. ALLERGIC/IMMUNOLOGIC				
Medication allergies/薬物アレルギー				
If any, please list allergy and type of reaction/アレルギー反応が出た薬物名とその症状を記入:				
Other allergies/その他のアレルギー				
Please list allergy and type of reaction/その他すべてのアレルギー物質とその反応を記入:				

Form completed by:      Patient      Office Nurse      Physician      Other:  
 問診票を記入した人物:      患者自身      看護婦      医師      その他:

Signature of Patient:  
患者の署名:

Date reviewed by Physician with Patient:      /      / 初診断日:      月      日      年	Physician Signature: 医師の署名:
--	--------------------------------

Annual review of History/定期健診日	
Date Reviewed/診断日(月日年):      /      /	Physician Signature/医師の署名:
Date Reviewed/診断日(月日年):      /      /	Physician Signature/医師の署名:
Date Reviewed/診断日(月日年):      /      /	Physician Signature/医師の署名:
Date Reviewed/診断日(月日年):      /      /	Physician Signature/医師の署名: