

CONFIDENTIAL PATIENT CASE HISTORY

(Please complete this questionnaire. This confidential history will be part of your permanent records. Thank you.)

姓 (Family name) _____ 名 (First name) _____
誕生日 (Birthday) mm / dd / yyyy 年齢 (Age) _____ 歳 性別 (sex) 男 (Male) 女 (Female)
現住所 (Address) _____ City _____ Zip _____
ソーシャルセキュリティ # (Soc. Sec#) _____ - _____ - _____
自宅電話 (Home phone) (_____) - _____ 職場電話 (Work Phone) (_____) - _____
携帯電話 (Cell phone) (_____) - _____ E-mail Address _____
職業 (Occupation) _____ 勤務先 (Employer) _____
配偶者の有無 (Marital status) Married 既婚 Single 独身 Divorced 離婚 Widowed 死別
子供の年齢 (Children, ages) _____ 配偶者の名前 (Spouse's name) _____
どなたのご紹介ですか? (Referral) _____
このクリニックの事を知りましたか? (How else did you hear about us?) _____

.....

最も気になっている問題は?(主訴) (Major complaint) _____

症状の原因は何ですか? (Cause of this condition) _____

いつから症状が現れ始めましたか? (Date of onset) _____

どんな症状ですか? 鋭い痛み (Sharp pain) 鈍痛 (Dull Ache) しびれ (Numbness) その他 (Other)

どの位苦痛ですか? (Degree of severity) (No pain) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Extremely severe)

その症状は (Is this condition)

良くなってきている (Improved) 変化なし (Unchanged) 悪くなっている (Regressed)

どの体勢が症状を悪化させますか? (What positions make it worse?) _____

どんな体勢を取ると楽になりますか? (What positions make it better?) _____

その症状によって妨げになっている事は? (This condition interfering with)

仕事 (Work) 睡眠 (Sleep) 日常生活 (Daily routine) その他 (Other) _____

その症状を他の医療機関で治療してもらいましたか? (Has this condition been treated?)

過去に似た症状はありましたか? (Past similar condition) _____

.....

今まで受けた手術の内容と年 (Surgical operations and years) _____

主治医の名前 (Family physician's name) _____

服用している薬の名前、量、回数 (Medications, dosage and frequency) _____

交通事故や人身事故にあった事がありますか? (Had personal injury or auto accident before?) Y N

詳細 (Describe) _____

サイン (Signature) _____ Date _____ / _____ / _____

保護者のサイン (Parent/guardian) _____ Date _____ / _____ / _____

体内組織、器官について (REVIEW OF SYSTEMS)

下記の症状について現在または過去にあらはまるものにチェックをしてください。

(Check only the ones you now have or have had in the past.)

全身 (GENERAL)	口腔 (MOUTH)	心臓 (HEART)	NOW PAST
虚弱 (weakness)	歯茎の出血 (bleeding gums)	雑音 (murmur)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
疲労 (fatigue)	痛み、炎症 (sores)	動悸 (palpitations)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
熱 (fever)	歯の異常 (dental problems)	心拍数の上昇	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
悪寒 (chills)	口臭 (bad breath)	(rapid heartbeat)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
寝汗 (night sweat)	味覚減退 (loss of taste)	四肢のむくみ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
失神、卒倒 (faint)	口内の乾き (dry mouth)	(swollen extremities)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
皮膚 (SKIN)	口内炎 (ulcers)	四肢の冷え (cold extremities)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
発色 (color changes)	水疱、水ぶくれ (blisters)	脚の痛み、圧迫感	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
爪の異常 (nail changes)		(chest pain/pressure)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
毛髪の変化 (hair changes)	喉の腫れ (soreness)	下肢静脈瘤 (varicose veins)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ほくろ、あざ (moles)	扁桃腺の腫れ痛み (bad tonsils)	血栓 (blood clots)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
発疹、紅疹、吹き出物 (rashes)	かれた声 (hoarseness)	四肢の骨の痛み (bone extremities)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
痛み (sores)	痛み (pain)	血液 (BLOOD)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
皮膚が弱い (weakness)	嚥下障害、飲み込みにくい	貧血 (anemia)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
頭痛 (HEAD)	(trouble swallowing)	鉄分不足 (low blood iron)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
頭痛 (headaches)	細菌やウイルスに感染しやすい	アザがでやすい (easy bruising)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
怪我 (injuries)	(recurrent infections)	出血しやすい (easy bleeding)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
コブ (bumps)		リンパ腺の腫れ (swollen nodes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
最近の眼科検査 (last eye exam)	首の腫大 (enlarged neck)	リンパの腫み (painful nodes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
眼鏡 (glasses)	首が硬い (stiff neck)	血糖値の上昇 (sugar in blood)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
コンタクトレンズ (contacts)	首の痛み (soreness)	赤斑 (red spots)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
白内障 (cataracts)	こぶ、腫れ物 (lumps)	消化器 (GASTROINTESTINAL)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
耳 (EARS)	乳癌 (BREAST)	腹痛 (abdominal pain)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
耳が聞こえない (deafness)	分泌物 (discharge)	膨張感 (bloating)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
耳鳴り (ringing)	腫れ物 (lumps)	吐き気 (nausea)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
耳が腫れ (swelling)	痛み (pain)	嘔吐 (vomiting)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
耳の痛み (earache)	出血 (bleeding)	胸焼け (heartburn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
耳のかゆみ (itchy)	出血 (bleeding)	消化不良 (indigestion)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
めまい (dizziness)	乳房の異常 (lumpy changes)	不規則な排便	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鼻 (NOSE)	皮膚の異常 (skin changes)	便秘 (constipation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
嗅覚減退 (decreased smell)	膨張 (bloating)	下痢 (diarrhea)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鼻血 (bleeding)	腫 (LUNGS)	おなら (gas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鼻の痛み (pain)	咳 (cough)	痔 (hemorrhoids)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鼻汁 (discharge)	痰 (phlegm)	食欲不振 (poor appetite)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鼻づまり (obstruction)	息切れ (short of breath)	特定の食物への拒否反応	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鼻に鼻水が流れる	ゼーゼー (wheezing)	(food intolerance)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(post. Nasal drip)	痛み (pain)	赤い血便 (bloody stools)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鼻腔中央の壁が湾曲している	肺の充血 (congestion)	黒い血便 (black stools)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(deviated septum)	有害物の吸引		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鼻水 (runny nose)	(inhalant exposure)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
チンチン (耳鳴) の詰まり			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(sinus congestion)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Patent Name _____ Date _____

病歴 (PAST MEDICAL HISTORY)

過去にかかった事があるものだけをチェックしてください。
(Check only the ones you have had in the past.)

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 花粉症 (hay fever) | <input type="checkbox"/> | 寄生虫 (parasites) |
| <input type="checkbox"/> | おたふくかぜ (mumps) | <input type="checkbox"/> | てんかん (epilepsy) |
| <input type="checkbox"/> | じゅん子熱 (rheumatic fever) | <input type="checkbox"/> | マヒ (paralysis) |
| <input type="checkbox"/> | アレルギー (allergies) | <input type="checkbox"/> | ポリオ (polio) |
| <input type="checkbox"/> | 狭心症 (angina) | <input type="checkbox"/> | 精神病 (mental illness) |
| <input type="checkbox"/> | 癌 (cancer) | <input type="checkbox"/> | アルコール依存 (alcoholism) |
| <input type="checkbox"/> | 腫瘍 (tumor) | <input type="checkbox"/> | うつ病 (depression) |
| <input type="checkbox"/> | 血液の異常 (blood disease) | <input type="checkbox"/> | 精神衰弱 (nervous breakdown) |
| <input type="checkbox"/> | 白血病 (leukemia) | <input type="checkbox"/> | 偏頭痛 (migraine) |
| <input type="checkbox"/> | 心臓病 (heart trouble) | <input type="checkbox"/> | 痛風 (gout) |
| <input type="checkbox"/> | 拡張性静脈瘤 (varicose veins) | <input type="checkbox"/> | 痔 (hemorrhoids) |
| <input type="checkbox"/> | 静脈炎 (phlebitis) | <input type="checkbox"/> | 前立腺の異常 (prostate problems) |
| <input type="checkbox"/> | 高血圧 (hypertension) | <input type="checkbox"/> | 性的問題 (sexual problems) |
| <input type="checkbox"/> | 卒中 (stroke) | <input type="checkbox"/> | 淋病 (gonorrhea) |
| <input type="checkbox"/> | 潰瘍 (ulcers) | <input type="checkbox"/> | 梅毒 (syphilis) |
| <input type="checkbox"/> | 黄疸 (jaundice) | <input type="checkbox"/> | 糖尿病 (diabetes) |
| <input type="checkbox"/> | 皮膚の異常 (skin trouble) | <input type="checkbox"/> | 膀胱の異常 (bladder trouble) |
| <input type="checkbox"/> | 胆石 (gallstones) | <input type="checkbox"/> | 腎臓結石 (kidney stones) |
| <input type="checkbox"/> | 肝臓病 (liver trouble) | <input type="checkbox"/> | 腎臓炎 (kidney infections) |
| <input type="checkbox"/> | 肝炎 (hepatitis) | <input type="checkbox"/> | 赤痢 (dysentery) |

最近の胸部レントゲン (last chest x-ray) _____ Date _____
 正常(normal) 異常(abnormal)

最近のツベルクリン反応検査 (last TB skin test) _____ Date _____
 正常(normal) 異常(abnormal)

アレルギー (allergies) _____

_____ Patient Name _____ Date _____

家族の病歴(FAMILY HISTORY)

家族の病歴を記入してください。(List any of the diseases listed above which run in your family.)

関係 (Relative)	年齢 (Age if Living)	死亡時の年齢 (Age at Death)	死因 (Cause of Death)	健康状態 (State of Health)	病気 (Illness)
父(Father)	_____	_____	_____	_____	_____
母(Mother)	_____	_____	_____	_____	_____
兄弟(Brother(s))	_____	_____	_____	_____	_____
姉妹(Sister(s))	_____	_____	_____	_____	_____
母方の祖父 (Maternal Grandfather)	_____	_____	_____	_____	_____
母方の祖母(Maternal Grandmother)	_____	_____	_____	_____	_____
父方の祖父(Paternal Grandfather)	_____	_____	_____	_____	_____
父方の祖母(Paternal Grandmother)	_____	_____	_____	_____	_____

生活習慣 (SOCIAL HISTORY)

当てはまるものにチェック、又は記入してください。(Check the boxes and fill in.)

現在の体重 (Current Weight)	_____	最近、体重の増減はありましたか? (Have you recently lost or gained weight?)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
知的労働(Mental Work)	<input type="checkbox"/> Heavy	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Light	Hours per day _____
肉体的労働(Physical Work)	<input type="checkbox"/> Heavy	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Light	Hours per day _____
運動(Exercise)	<input type="checkbox"/> Heavy	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Light	Hours per day _____
タバコ(Smoking)	<input type="checkbox"/> Current	<input type="checkbox"/> Previous	Packs/Day _____	No. of year _____
飲酒(Alcohol)	<input type="checkbox"/> Beer/Week	<input type="checkbox"/> Liquor/Week	<input type="checkbox"/> Wine/Week	No. of year _____
カフェイン(Caffeine(Coffee, Tea, Cola))	<input type="checkbox"/> Cups/Day	No. of years _____		
アスピリン(Aspirin)	No./day _____	No. of years _____	Others _____	

下の図に下記の記号を使って、痛いところをマークしてください。

(Mark the areas of your symptoms on the figure to the right. Use the following symptoms :)

痛み(Aches)□□□ しびれ(Numbness)○○○ チクチク痛い(Pins/Needles)::: 刺すような痛み(Stabbing)////

痛みの度合いに当てはまる数値に○をしてください。

(Mark an O on the line.)

現在の痛みはどれくらいですか? (Current intensity of pain)

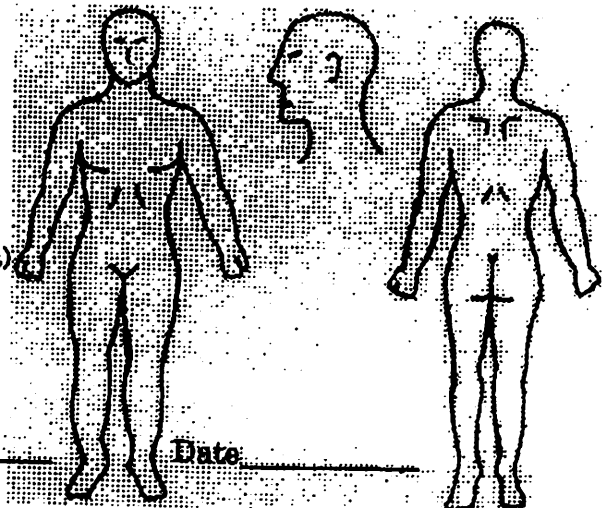
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

←痛みなし(None) 最悪の痛み(Most severe)→

過去において痛みはどれくらまで悪化しましたか? (Pain in the past)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

←痛みなし(None) 最悪の痛み(Most severe)→



Patient Name _____

Date _____