

問診票

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

氏名 (Name): 年齢 (Age):	性別 (Sex): ☐ 男性 (Male) ☐ 女性 (Female) ☐ その他 (Non-binary)
誕生日 (DOB): Mon / Day / Year	配偶者の有無 (Marital Status): ☐ 独身 (Single) ☐ 既婚 (Married)
かかりつけ医 (Primary Care Provider):	かかりつけ専門医 (Specialty):

既往歴 Past Medical History☐ 特になし None

循環器 Circulatory System

- ☐ 高血圧 High Blood Pressure
- ☐ 不整脈 Irregular Heartbeat
- ☐ 心雑音 Heart Murmur
- ☐ 心房細動 Atrial Fibrillation
- ☐ 狭心症 Angina
- ☐ 心筋梗塞 Myocardial Infarction

呼吸器 Respiratory System

- ☐ 喘息 Asthma
- ☐ 慢性気管支炎 Chronic Bronchitis
- ☐ 慢性閉塞性肺疾患 COPD
- ☐ 肺炎 Pneumonia
- ☐ 結核 Tuberculosis

脳神経 Nervous System

- ☐ 片頭痛 Migraine
- ☐ てんかん Seizure Disorder

甲状腺 Thyroid

- ☐ 甲状腺疾患 Thyroid Disease
- ☐ 甲状腺肥大 Enlarged Thyroid
- ☐ バセドー病 Graves' Disease
- ☐ 橋本病 Hashimoto's Disease

内分泌 Metabolism

- ☐ 糖尿病 1 型 Type 1 Diabetes
- ☐ 糖尿病 2 型 Type 2 Diabetes
- ☐ 高脂血症 High Cholesterol
- ☐ 高尿酸血症 High Uric Acid
- ☐ 痛風 Gout

消化器 Digestive System

- ☐ 逆流性食道炎 GERD
- ☐ 胃潰瘍 Gastric Ulcer
- ☐ 十二指腸潰瘍 Duodenal Ulcer
- ☐ 痔 Hemorrhoids
- ☐ 憩室炎 Diverticulitis
- ☐ ピロリ菌 H. Pylori Infection

肝臓・胆嚢 Liver & Gallbladder

- ☐ B 型肝炎 Hepatitis B
- ☐ C 型肝炎 Hepatitis C
- ☐ 脂肪肝 Fatty Liver
- ☐ 胆石 Gallstone
- ☐ 胆嚢ポリープ Gallbladder Polyp

腎臓・泌尿器 Kidney & Urological Problems

- ☐ 腎結石 Kidney Stone
- ☐ 膀胱炎 Bladder Infection
- ☐ 腎盂腎炎 Pyelonephritis
- ☐ 前立腺肥大 Prostate Enlargement

整形 Musculoskeletal

- ☐ 腰椎椎間板ヘルニア Herniated Lumbar Disc
- ☐ 頸椎ヘルニア Cervical Herniated Disc
- ☐ 肩関節痛 Shoulder Pain
- ☐ 骨折 Fracture 部位/Location _____
- ☐ 関節炎 Arthritis
- ☐ 関節リウマチ Rheumatoid Arthritis
- ☐ 骨粗鬆症 Osteoporosis

眼・耳・鼻 Eye, Ear, Nose

- ☐ 白内障 Cataract
- ☐ 緑内障 Glaucoma
- ☐ 網膜剥離 Retinal Detachment
- ☐ ドライアイ Dry Eye
- ☐ 中耳炎 Middle Ear Infection
- ☐ 難聴 Hard of Hearing

メンタルヘルス Mental Health

- ☐ うつ病 Depression
- ☐ 不安障害 Anxiety
- ☐ 自律神経失調症 Autonomic Dysfunction
- ☐ 統合失調症 Schizophrenia
- ☐ 不眠症 Insomnia

婦人科 Gynecology

- ☐ 生理不順 Irregular Menstruation
- ☐ 子宮筋腫 Uterine Fibrosis
- ☐ 子宮内膜症 Endometriosis
- ☐ 卵巣嚢胞 Ovarian Cyst
- ☐ 乳腺線維腺腫 Fibroadenoma

血液 Blood

- ☐ 貧血 Anemia
- ☐ 輸血 Blood Transfusion

癌 Cancer

_____ がん Cancer

その他 Others

手術歴 PAST SURGICAL HISTORY

☐ 特になし NONE

手術を受けた年 YEAR	手術 Surgery

アレルギー ALLERGIES

☐ なし NONE

薬 MEDICATION	反応 Reaction
その他 OTHERS	

薬・サプリメント MEDICATION LIST

☐ なし NONE

薬・サプリメント名 NAME OF MEDICATIONS/SUPPLEMENTS	服用量 Strength	回数 Frequency	服用開始日 Starting Date

家族歴 FAMILY HISTORY

☐ 特になし NONE

	父 Father	母 Mother	祖父 (父方) Paternal Grandfather	祖父 (母方) Maternal Grandfather	祖母 (父方) Paternal Grandmother	祖母 (母方) Maternal Grandmother	兄弟・姉妹 Brothers Sisters
心疾患 Heart Disease							
高血圧 High Blood Pressure							
糖尿病 Diabetes							
脳卒中 Stroke							
がん Cancer							
甲状腺疾患 Thyroid Disease							
肝炎 Hepatitis							
膠原病 Autoimmune Disease							
精神疾患 Mental Health							
その他 Others							

生活習慣 SOCIAL HISTORY

喫煙 Smoking

- ☐ 喫煙経験なし Never Smoked
- ☐ 喫煙している Current Smoker
喫煙本数 _____ pack/day 喫煙年数 # of years _____
- ☐ 禁煙 Quit いつから Since when? _____
喫煙年数 # of years _____

飲酒 Alcohol

- ☐ 飲まない Never
- ☐ 飲む Drink _____ 杯 drinks/day x _____ 日 days/週 week
- ☐ ビール Beer ☐ ワイン Wine ☐ ウイスキー Whiskey
- ☐ 日本酒 Sake ☐ その他 Others

カフェイン Caffeine

- ☐ 飲まない Never
- ☐ 飲む Drink _____ 杯 cups/day x _____ 日 days/週 week

ドラッグ Substance Use

- ☐ なし Denies
- ☐ あり Substance Use _____

運動 Exercise

- ☐ しない Sedentary
- ☐ 週 1 回 1x/week ☐ 30 分以内 <30min
- ☐ 週 2 ~ 3 回 2~3x/week ☐ 1 時間以内 <1 hour
- ☐ 毎日 Everyday ☐ 1 時間以上 >1 hour

特に理由のない体重の変化はありますか？ Any unintentional weight change?

- ☐ はい Yes ☐ 体重の減少 Weight Loss _____ kg or lbs.
- ☐ 体重の増加 Weight Gain _____ kg or lbs.
- ☐ いいえ No

運動の種類 Types of Exercise or Sports

婦人科 GYNECOLOGICAL HISTORY (女性の方のみ Women Only)

かかりつけの婦人科専門医 Gynecologist: Dr. _____ ☐ 特にいない I do not see a gynecologist now

☐ 現在、妊娠している _____ 週目 I am pregnant now _____ Week

☐ 授乳中 Breastfeeding

☐ 授乳終了 (母乳が出ない状態) Finished Breastfeeding (Finished Lactating) Mon / Year

☐ 妊娠していない I am not pregnant

☐ 妊娠しているか分からない Not sure if I am pregnant

☐ 不妊治療中 Infertility Treatment

☐ 乳房インプラント Breast Implants

妊娠回数 # of Pregnancies: _____ 出産回数 # of Deliveries: _____ 流産回数 # of Miscarriages: _____ 中絶回数 # of Abortions: _____

前回の月経開始日 Last Menstrual Period: _____ / _____ / _____ 閉経年齢 Menopause: _____

子宮頸がん細胞診検査 Pap Smear: Mon / Year 結果 Results: ☐ 異常なし Normal ☐ 異常あり Abnormal

マンモグラフィ Mammography: Mon / Year 結果 Results: ☐ 異常なし Normal ☐ 異常あり Abnormal

骨密度検査 DEXA (Bone Scan): Mon / Year 結果 Results: ☐ 異常なし Normal ☐ 骨粗鬆症 Osteoporosis

健康診断では急性的・慢性的な病気や病状に対する相談・診察・治療は行っておりません。もしもそれらが必要な場合には、改めて来院して頂く場合がありますので、ご了承ください。

The annual preventive exam does not cover discussion or treatment of acute or chronic medical conditions or problems. If you have a specific medical complaint that you or your provider feels is necessary to discuss, please make a separate office visit.