

Nihon Bay Clinic

日本ベイクリニック

Date: _____

Name: _____

Medical History 病歴

1a. CHIEF COMPLAINT ※ 現在気になる症状を分かる範囲でご記入ください。

1b. Have you had a physical check-up in the past one year? 一年以内に、健康診断(または、人間ドック)をお受けになりましたか?
 Yes 有る Date (Month/Year) : _____ No 無し

2. ALLERGY アレルギー Yes 有る No 無し Unknown わからない
- Medication 薬: Penicillin ペニシリン Aspirin アスピリン
 Sulfa サルファ剤 Other [_____]
- Food 食物: Egg 卵 貝・海老・カニ Nut ナッツ類
 Other [_____]
- Other その他: Pollen 花粉 House Dust ほこり Mold Spore かび
 Other [_____]

3. CURRENT MEDICATIONS: Write the names and dosages of medications.
常備薬 Yes 有る No 無し (有る場合は、薬品名と量を書き込んで下さい。)

4. MAJOR HOSPITALIZATIONS 入院歴と主な病歴、手術歴

	Year 年	Illness 病名	Surgery 手術	Hospital 病院	City/Country 病院所在地
1					
2					
3					

5. PAST MEDICAL HISTORY 既往症 (Yes → O)

<input type="checkbox"/>	Heart Attack 心臓発作	<input type="checkbox"/>	Gastric Ulcer 胃潰瘍	<input type="checkbox"/>	Headache 頭痛
<input type="checkbox"/>	Chest Pain 胸痛	<input type="checkbox"/>	Duodenal Ulcer 十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	Blood Transfusion 輸血
<input type="checkbox"/>	Enlarged Heart 心肥大	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease 腎臓病	<input type="checkbox"/>	Anemia 貧血
<input type="checkbox"/>	Irregular Heart Beat 不整脈	<input type="checkbox"/>	Gout 痛風	<input type="checkbox"/>	Hay Fever 花粉症
<input type="checkbox"/>	Stroke 脳卒中	<input type="checkbox"/>	Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/>	Cancer 癌
<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure 高血圧	<input type="checkbox"/>	Thyroid Disease 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	Menstrual Problem 月経異常
<input type="checkbox"/>	Hypercholesterolemia 高脂血症	<input type="checkbox"/>	Arthritis 関節炎	<input type="checkbox"/>	Last Tetanus Date: 最終破傷風予防接種日:
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/>	Shoulder Pain 四十肩	<input type="checkbox"/>	Other その他:
<input type="checkbox"/>	Asthma 喘息	<input type="checkbox"/>	Low Back Pain ぎっくり腰	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Liver Disease 肝臓病	<input type="checkbox"/>	Seizure, Epilepsy てんかん	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Gastritis 胃炎	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

6. SMOKING HISTORY 喫煙歴

Have you ever smoked before? 喫煙された事がありますか? Yes 有る No 無し
Currently smoking? 現在、喫煙されていますか? Yes はい Years smoked 喫煙年数: () year 年 - () year 年
 No いいえ

7. FAMILY HISTORY 家族歴

Stroke 脳卒 ()	Cervical Cancer 子宮頸癌 ()
Hypertension 高血圧 ()	Diabetes 糖尿病 ()
Heart Disease 心臓病 ()	Asthma 喘息 ()
Stomach Cancer 胃癌 ()	High Fat Level 高脂血症 ()
Colon Cancer 大腸癌 ()	Childhood Cancer 小児期の癌 ()
Breast Cancer 乳癌 ()	Other その他 ()

8. MENSTRUAL HISTORY 月経歴 女性のみ

Cycle 周期: _____ Days
Last Period 最終月経開始日: _____
Onset Age 初潮: _____ 才 Menopause 閉経: _____ 才
Number of Pregnancy 妊娠回数: _____ Number of Delivery 出産回数: _____ Number of Miscarriage 流産回数: _____
Last PAP smear 最終子宮癌検査日: _____