

名前/Name: _____

・自身の既往歴(Pre-Exisiting Condition)

	Present 現在	Past 過去		Present 現在	Past 過去
循環器 Circulatory System			運動器 Orthopedic		
不整脈 Irregular Heartbeat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	椎間板ヘルニア Herniated Disc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血圧 Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	四十肩/五十肩 Frozen Shoulder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心雑音 Heart Murmur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	骨折 Bone Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
狭心症 Chest Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻 Eye/Ear/Nose		
心筋梗塞 Heart Attack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ドライアイ Dry Eye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸器 Respiratory System			中耳炎 Middle Ear Infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喘息 Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	難聴 Hard of Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性気管支炎 Chronic Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緑内障 Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺炎 Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	白内障 Cataracts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性閉塞性肺疾患 COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	精神/神経 Psychology/Neurology		
結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不眠症 Insomnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内分泌 Endocrine System			不安 Anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
甲状腺疾患 Thyroid Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うつ病 Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
バセドウ病 Graves Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自律神経失調症 Tension & Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
橋本病 Hashimoto's Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	泌尿器/腎臓 Urology/Kidney		
代謝 Metabolism			膀胱炎 Bladder Infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎炎 Kidney Infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高脂血症 High Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎結石 Kidney Stone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痛風 Gout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前立腺肥大 Prostatic Hypertrophy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液 Blood			皮膚 Skin		
貧血 Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アトピー Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
消化器 Digestive System			水虫 Athlete's Foot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
逆流性食道炎 GERD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	婦人科 Gynecology		
胃潰瘍 Gastric Ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮筋腫 Uterine Fibroids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十二指腸潰瘍 Duodenal Ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮内膜炎 Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性胃炎 Chronic Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	卵巣嚢腫 Ovarian Cyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痔 Hemorrhoids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳腺腫 Breast Lump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝臓 Liver			更年期障害 Menopausal Syndrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B型肝炎 Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他 Others		
C型肝炎 Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	輸血 Blood Transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胆嚢 Gallbladder			関節リュウマチ Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胆石 Gallstone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関節炎 Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胆のう炎 Cholecystitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	骨粗しょう症 Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癌 Cancer			HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
部位 Location()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痙攣/てんかん Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・家族既往歴 Family Medical History

自身との関係 Relationship	既往歴 Family Medical History	発症年とその年齢 Year and age diagnosed	現在 Present	
			現在 Present	現在 Age at Death
父(Father)		年/Year ()歳時/age	<input type="checkbox"/> 健在	<input type="checkbox"/> 享年 ()歳
母(Mother)		年/Year ()歳時/age	<input type="checkbox"/> 健在	<input type="checkbox"/> 享年 ()歳
兄弟/姉妹(Siblings)		年/Year ()歳時/age	<input type="checkbox"/> 健在	<input type="checkbox"/> 享年 ()歳
その他血族者 (Other bloodline relatives)		年/Year ()歳時/age	<input type="checkbox"/> 健在	<input type="checkbox"/> 享年 ()歳
		年/Year ()歳時/age	<input type="checkbox"/> 健在	<input type="checkbox"/> 享年 ()歳

名前/Name: _____

・自覚症状のある項目にチェックしてください。/Please check off any areas that apply to you.

全身状態/General:

- 熱がある Fever
- 体重の減少(ダイエット以外) Unintended weight loss
- 食欲がない Loss of appetite
- 寒気がある Chills
- 風邪をひきやすい Catches cold frequently
- 出血 Bleeding
- 最近、感染症にかかった Recent infections
- 常にほてりや熱感がある Hot flashes

頭頸部/Head:

- 頭痛 Headache

目/Eyes:

- 視界がぼやける Blurry vision
- 視力が落ちた Change in vision
- 目やに Eye Discharge

耳/Ear:

- 耳が痛い Ear pain
- 耳がきこえにくくなることがある Change in hearing
- 耳鳴り Ear ringing

鼻/Nose:

- 鼻づまり Nasal Congestion
- 鼻水 Nasal discharge
- 鼻血 Nose bleed

口・喉/Mouth・Throat:

- 嚥下困難(飲み込みが悪い) Difficulty swallowing
- かれ声 Hoarse voice
- のどが痛い Throat pain
- 歯の心配がある Dental problems

肺/Lung:

- 息が苦しい Shortness of breath
- 咳が出る Cough
- ぜいぜいする Wheezing
- 胸の痛みがある Chest pain
- 横になると呼吸が苦しい Shortness of breath when lying flat
- 就寝時、呼吸が浅くなる Shortness of breath while asleep

心臓/Heart:

- 動悸がする Palpitations
- 胸が痛い Chest pain
- 足がむくむ Leg swelling
- 気を失うことがある Passing out
- 歩行時、足が痛い Pain in legs while walking
- 手足の血色が悪い Discoloration of hands and feet

消化器/Gastrointestinal:

- 吐き気がある Nausea
- 下痢をしている Diarrhea
- 腹痛がある Stomach pain
- 潰瘍、胃炎がある Ulcers
- 黒色便が出る Dark stool
- 下血することがある(便潜血) Blood in stool
- 便秘 Constipation
- お腹のはりがある Bloating
- 肝機能障害がある Liver problems

泌尿器系/Genitourinary:

- 排尿時、痛みを感じる Pain with urination
- 頻尿困難 Trouble urination
- 尿量が減少している Decreased urinary stream
- 尿失禁することがある Urinary incontinence
- 尿に血が混じる Blood in urine

手・足/Musculoskeletal:

- 手足のしびれ Numbness in hands or feet
- 手足の弱いところがある Weakness in hands or feet
- 背中痛 Back pain
- 筋肉痛 Muscle pain
- 関節痛 Joint pain
- 転倒しやすい Recent falls

神経系・精神系/Neurological・Psychological:

- しびれ Numbness
- うずく所がある Tingling
- けいれん Seizures
- うつ Depression
- 不安に感じることがある Anxiety
- 気分にもらがある Frequent change in mood
- 神経質 Feels tense
- 緊張しやすい Feels nervous
- 不眠・睡眠不足 Difficult sleeping

婦人科系(女性のみ)/Women's health:

- 胸にしこりがある Breast lump
- 乳首から分泌が出る Nipple discharge
- 閉経後、膣からの出血がある Vaginal bleeding postmenopausal
- おりものに変化がある Change in vaginal discharge

皮膚/Skin:

- 湿疹がある Rash
- 新しいほくろ、または変化が見られる New or Changing moles
- 内出血しやすい Easily Bruisese

その他何かありましたらご記入下さい。 Any other symptoms/concerns you would like to discuss.
