

Osato Medical Clinic, Inc.

3440 Lomita Blvd., Suite 320 Torrance, CA 90505 Tel: 310.534.8200 Fax: 310.534.8265

www.osatoclinic.com

問診票 Health Questionnaire

名前/ Name: _____ 日付/ Date: _____

1. 本日の診察の理由、症状 (いつ頃から、どんな症状). Reason for today's visit (Onset, Location, Symptoms):

2. 服用している薬の名前、頻度、量 (処方薬、市販薬、ビタミン剤、サプリメントなど含む) Current medications, including prescription, over-the-counter, vitamins, and supplements.

以下は始めての方・もしくは変更がある方のみご記入ください。

3. 薬や注射、食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか? ・はい ・いいえ
はいに○をつけた方は、薬名や反応など詳しくご記入下さい。Are you allergic to any medications, injections, or food?

4. 既往歴をすべてご記入下さい(慢性病、入院歴、手術、その他). Please list any past medical history, including any childhood or chronic illnesses, hospitalizations, surgeries, etc.

5. 家族の既往歴(家族の高血圧、心疾患、癌、脳血管障害、糖尿病、遺伝病、先天性疾患、精神疾患、その他)特に癌や心疾患の場合は、その診断された年齢もご記入下さい。

Please list your family medical history, including your relationship to them (i.e. High blood pressure, high cholesterol, heart disease, cancer, neurological illnesses, diabetes, immunue diseases, etc.)

6. 職業 Occupation:

7. タバコ ・吸わない ・吸う(本/1日程度) ・以前は吸っていたが今は止めている
Smoking history: None ・ (cigarettes/day x years of smoking history) ・ Quit

8. アルコール ・飲まない ・飲む(/週に _____ 日程度)
Alcohol: (cups/day x days/week)

9. カフェイン ・飲まない ・飲む(杯/1日 程度) Caffeine: (cups/day)

10. 運動 ・していない ・している(程度)(種類)
Exercise: (/wk, Type of activity:)

11. 女性の方はご記入下さい。最終月経(月 日 ~ 月 日)

Last menstrual period: ()

閉経になった年齢 (歳) Menopause:

妊娠の有無 ・はい(週目) ・いいえ ・わからない Pregnancy: (wks) ・ Unsure