

# 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: \_\_\_\_\_