

WindRose Health Network

New Adult Patient Health Questionnaire (新規患者登録用 【大人用】 問診票)

Name (氏名) <ローマ字> _____ <日本語> _____

Date of Birth (生年月日) Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____

問診票は、可能であれば英語でご記入ください。

Why are you here today? (今日相談したいことは何ですか)

Are you on any Medicine? (薬は飲んでいますか) YES or NO

Name of Medicine (薬の名前)	Started when? (いつから薬を 飲んでいるか)	Dose(mg) (用量)	How often? (服用の頻度)	Purpose, Why (服用の理由)
例) Tylenol	2010	650mg	3 times/day	Back pain

Health problems (現在かかっている、または過去にかかった病気)

Please put a (✓) check mark if you had the following condition or problems in the past or currently have any of following: (過去にかかった、または現在かかっている病気にチェックしてください。)

Heart disease (心臓病)		Diabetes (糖尿病)	
High cholesterol (高コレステロール血症)		Thyroid disease (甲状腺の病気)	
High blood pressure (高血圧)		Gout (痛風)	
Pneumonia (肺炎)		Stroke (脳卒中)	
Tuberculosis (結核)		Headache, Migraine (頭痛、片頭痛)	
Asthma (喘息)		Seizure/convulsions (けいれん)	
Other Lung disease (その他の肺の病気)		Neck pain (首の痛み)	
Cancer (癌)		Back pain (腰の痛み)	
Gastric Ulcer, Gastritis (胃潰瘍、胃炎)		Joint pain (関節の痛み)	
Bowel problems (腸の病気)		Eye disease (眼の病気)	
Liver disease (肝臓の病気)		Ear disease (耳の病気)	
Gall bladder disease (胆嚢の病気)		Allergy (アレルギー)	
Kidney disease (腎臓の病気)		Urinary tract infection (尿路感染症)	
Depression (うつ病)		Menopause (更年期障害)	
Anxiety (不安)		Breast disease (乳房の病気)	
Other mental illness (その他のこころの病)		Ovaries disease (卵巣の病気)	
Sexually transmitted disease (性感染症)		Uterus disease (子宮の病気)	
Prostate disease (前立腺の病気)		Bone disease (骨の病気)	

Other health problems (その他の病気) :

Name (氏名) <ローマ字> _____

Are you allergic to anything (薬や食べ物のアレルギーはありますか) ? YES or NO

Name of medicine/allergen (アレルギーの原因となった 薬や食べ物などの種類)	Type of reaction (どのような症状が起こっ たか) -rash (発疹), difficulty breathing (息苦しい), itching (痒み) etc	When? (それはいつ ですか?)
例) Penicillin	Hive on chest	Age 10

OB/GYN History (産科・婦人科系の健康について) ※女性のみお答えください

- Is your menstrual period regular? (月経は定期的に来ていますか) Yes or No
- Date of last menstrual period (最後の月経の開始日) _____
- When was your menopause? (閉経は何歳の時ですか) Age (歳) _____
- Do you have any problems with your periods? (月経の時の苦痛な症状はありますか)
Yes or No _____
- Most recent cervical cancer screening [pap smear] (最後に子宮頸がん検診を受けた年[西暦]) :
_____ Result (結果) : Normal (正常) or Abnormal (異常) _____
 has never had cervical cancer screening (まだ子宮頸がん検診を受けたことがない)
- Most recent breast cancer screening [mammogram] (最後に乳がん検診[マンモグラフィ]を受け
た年[西暦]) : _____ Result (結果) : Normal (正常) or Abnormal (異常) _____
 has never had breast cancer screening (まだ乳がん検診を受けたことがない)
- # of pregnancies? (妊娠した回数) _____
- # of children? (子どもの数) _____
- Current birth control method? (避妊の方法) _____

Men Only (男性のみお答えください)

Current birth control method? (避妊の方法) _____

Surgeries (手術を受けたことはありますか?) YES or NO

Please put a (✓) check mark next to any surgery you have had

手術を受けたことがある方は、空欄にチェックし、手術を行なった時期 (年) を記入してください。

✓	Type of surgery (手術名)	Year (年)
	Appendix (盲腸)	
	Gall Bladder (胆のう)	
	Hernia (腸ヘルニア)	
	Tonsils (扁桃腺)	
	Heart (心臓)	
	Other (その他) [_____]	

✓	Type of surgery (手術名)	Year (年)
	Breast (乳房)	
	Uterus (子宮)	
	Ovaries (卵巣)	
	Prostate (前立腺)	
	Fracture (骨折)	
	Other (その他) [_____]	

Name (氏名) <ローマ字> _____

Hospitalization (入院したことはありますか?) : YES or NO

Reason for hospitalization? (入院の理由)	When? (それはいつでしたか)	Where? (病院名)
<i>Example (例) Pneumonia</i>	<i>July 2003</i>	<i>ABC hospital in Japan</i>

Family History (家族の健康状態) :

家族の健康について、あてはまるものがあれば Yes にチェックをして、関係 (Father, Mother, Brother, Sister, GF[Grandfather], GM[Grandmother] etc) を記入してください。

Medical condition	Yes	No	Who (誰が?)
Diabetes (糖尿病)			
High blood pressure (高血圧)			
Heart disease (心臓病)			
High cholesterol (高コレステロール)			
Autoimmune disorder (自己免疫疾患)			
Congenital disease (先天性疾患、生まれつきの病気)			
Neurologic disease/Epilepsy (神経の病気、てんかん)			
Mental disease (精神・こころの病気)			
Cancer/Leukemia (がん、白血病)			
Liver/kidney disease (肝臓、腎臓の病気)			
Thyroid disease (甲状腺の病気)			
Asthma (喘息)			
Allergy (アレルギー)			
Anemia/blood disorder (貧血、血液の病気)			
Skin disease (皮膚の病気)			

- Household: Please list the name, age and relationship of the people living in your home. (一緒に住んでいる家族の名前、年齢、関係を記入してください。)

Name (名前)	Age (年齢)	Relationship (本人から見た関係)

Immunizations (予防接種) :

Last Tetanus shot (破傷風ワクチンを最後に受けた年[西暦]) _____

Last Flu vaccine (インフルエンザワクチンを最後に受けた年[西暦]) _____

Name (氏名) <ローマ字> _____

Social History (生活について) :

- Are you a (あなたは) : current smoker (現在喫煙している)
former smoker (過去に喫煙していた)
never smoker (一度も喫煙したことがない)

How many cigarettes a day do you smoke? (一日のタバコの本数) _____

How long have you smoked tobacco? (今までタバコを吸った年数) _____ years

How soon after you wake up do you smoke your first cigarette? (起床後どのくらいで最初のタバコを吸いますか)

Within 5 min (5分以内) 6-30 min (6-30分以内)

31-60 min (31-60分以内) after 61 min (61分後以降)

Are you interested in quitting? (禁煙に興味はありますか)

Ready to quit (禁煙の予定がある) Thinking about quitting (禁煙について考えている)

No ready to quit (禁煙する予定はない)

- Do you drink alcohol? (お酒は飲みますか) YES or NO

How often do you drink alcohol? (お酒を飲む頻度) _____ days a week (週に__日)

What type of alcohol do you drink? (お酒の種類) _____

How much do you drink per occasion? (一回に飲むお酒の量) _____

- When did you last see a dentist? (最後に歯医者を受診したのはいつですか) _____

- Do you exercise regularly? (定期的に運動していますか) YES or NO

How often? (運動の頻度) _____ days a week (週に__日)

What type of exercise? (どのような運動ですか) _____

- Occupation (職業) _____

- Education: Highest level of school completed (最終学歴) _____

- Country of birth (生まれた国) : Japan (日本)、Other (その他) _____

Other comments or details that may affect your health or your treatment:

(その他、診察を受けるにあたり、医師に伝えておきたいことはありますか?)

Date (記入日) _____

Patient Signature (サイン) _____