

Medical History Form (既往症についてのご質問)

General:

1. **Chief Complaint:** What are the main health concerns you wish to address? (健康上もつともご心配なことは何ですか)

2. **Current and Past Treatment:** Have you received treatment for these problems? (この件に関して以前に治療を受けられましたか)

Yes No, if yes, which:

Conventional (西洋医学) Oriental (東洋医学) Other: (他) _____

Please list the names of the physicians you have formerly consulted with for this problem: (この件に関して以前に治療を受けられた医師の名前を書いてください)

3. **Hospitalizations and Surgeries:** Have you undergone any hospitalizations or surgeries in the past? (入院治療や手術を受けたことはありますか) Yes No, if yes, please explain:

4. **Medications and Supplements:** What medications and supplements are you currently taking? (現在、薬やサプリメントを飲んでいますか)

a. Prescription: _____
(処方薬)

b. Non-prescription: _____
(市販薬)

c. Supplements: _____
(サプリメント)

d. Herbs: _____
(漢方薬などのハーブ)

5. **Allergies:** Are you allergic to any medications, foods, or environmental products? (薬、食べ物、環境中に存在するものなどに対してアレルギーがありますか)

Yes No, if yes, please explain:

6. **Mental Disorders:** Have you ever been diagnosed with a mental disorder? (精神病と診断されたことはありま

すか)

Yes No, if yes, please explain:

7. **Communicable Diseases:** Do you have an active contagious diseases? (現在感染症に罹っていますか)

Yes No, if yes, please check:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核 | <input type="checkbox"/> Pertussis 百日咳 | <input type="checkbox"/> Measles はしか |
| <input type="checkbox"/> SARS サース | <input type="checkbox"/> Diphtheria ジフテリア | <input type="checkbox"/> West Nile Virus ウェストナイルウイルス |
| <input type="checkbox"/> Meningitis 脳髄膜炎 | <input type="checkbox"/> Encephalitis 脳炎 | <input type="checkbox"/> Influenza インフルエンザ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C 肝炎 | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS エイズ | <input type="checkbox"/> Tropical Diseases 熱帯病 |
| <input type="checkbox"/> Other: 他 | | |

8. **Family History:** Please check if applicable (家族の既往症)

Diseases	父 Father	母 Mother	兄弟 Brother	姉妹 Sister	
Cancer 癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart Diseases 心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stroke 脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mental Illness 精神病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other 他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Please explain: (詳しく) _____

System By System: Please check the boxes if applicable(器官ごとの症状のチェックです。思い当たるものにチェックをしてください)

1. Cardiovascular	現在 Current	過去 Past		現在 Current	過去 Past
循環器系					
Heart Diseases 心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Murmurs 心雑音	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest Pain 胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitations 動悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrhythmia 不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting 脳貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatic Fever リューマチ熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke 脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swelling of Ankles 足首のむくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicose Veins 静脈瘤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deep Vein Thrombosis 静脈塞栓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Easy Bleeding 出血しやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Easy Bruising あざがしやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia 貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raynaud's Syndrome レイノー症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other 他					

2. Pulmonary	現在 Current	過去 Past		現在 Current	過去 Past
呼吸器系					
Asthma 喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pleurisy 胸膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysema 気胸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cough 咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficult Breathing 呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shortness of Breath 息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronic Bronchitis 慢性気管支炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent Catching Colds かぜを引きやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sleep Apnea 睡眠時無呼吸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiac Asthma 心性喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other 他					

3. Genitourinary	現在	過去		現在	過去
泌尿器系	Current	Past		Current	Past
Kidney Diseases 腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficult Urination 排尿困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequent Urination 頻尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Painful Urination 排尿痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence 尿漏れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urination at Night 夜間尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney Stones 腎臓結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinary Tract Infection 尿路感染	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood in Urine 血尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venereal Diseases 性病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other 他					

4. Neurological	現在	過去		現在	過去
神経系	Current	Past		Current	Past
Dizziness めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss of Balance 平衡感覚失調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muscle weakness 筋肉の衰弱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralysis 完全麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numbness 麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tingling 痺れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seizures 癲癇発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy 癲癇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memory Loss 記憶喪失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnia 不眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnolence 嗜眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Other 他					

5. Gastrointestinal	現在	過去		現在	過去
消化器系	Current	Past		Current	Past
Epigastric Pain みぞおちの痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heartburn 胸焼け	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea/Vomiting 嘔吐・吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers 胃潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belching げっぷ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bloating 腹部膨満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gall Bladder Diseases 胆嚢・胆管炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Diseases 肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominal Pain 腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorrhoid 痔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood in Stool 血便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Undigested Food in Stool 便中に未消化物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loose Stool 軟便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequent Passing Gas おならがよく出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Other 他					

6. Endocrine	現在	過去		現在	過去
内分泌系	Current	Past		Current	Past
Hypothyroid 甲状腺機能低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive Thirst のどの渇き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyroid 甲状腺機能亢進	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive Hunger 過剰な空腹感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypoglycemia 低血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Night sweating 寝汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feeling of Hot or Cold のぼせまたは冷え	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other 他					

7. Head	現在	過去		現在	過去
頭部	Current	Past		Current	Past
Headaches 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teeth Grinding 歯軋り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine 片頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TMJ/Jaw Problems 顎関節症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head Injury 頭の怪我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trigeminal Neuralgia 三叉神経痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cluster headache 群発頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Other 他					

8. Neck	現在	過去		現在	過去
首	Current	Past		Current	Past
Lumps しこり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck Pain 首の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goiter 甲状腺腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Whiplash むちうち	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Swollen Glands 腺の腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Other 他					

9. Eye, Ear, Nose, Mouth, Throat	現在	過去		現在	過去
眼科・耳鼻咽喉科	Current	Past		Current	Past
Impaired Vision 視力の衰え	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinus Problems 副鼻腔炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Night Blindness 夜盲症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay Fever 花粉症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Double Vision 二重視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuffy Nose 鼻づまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blurred Vision ものがぼやける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss of Smell においがわからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spots in Eyes 飛蚊症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose Bleed 鼻血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye Pain 目の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impaired Hearing 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma 緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ear Ringing 耳鳴り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataracts 白内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Painful Ear 耳の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excessive Tearing 涙過剰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dry Throat のどの乾燥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dry Eyes 目の乾燥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sore Throat のどの痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other 他			Chapped Lips 唇のひび割れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Integumentary, Musculoskeletal	現在	過去		現在	過去
皮膚科・筋肉骨格系	Current	Past		Current	Past
Rashes 発疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shoulder Pain 肩の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acne, Boils にきび・できもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arm Pain 腕の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin Color Changes 皮膚の変色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Upper Back Pain 上背の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumps 塊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Middle Back Pain 中背の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema 湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lower Back Pain 腰痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hives じんましん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leg Pain 脚の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis 乾癬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis 関節炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itching かゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint Pain 関節の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hair Loss 抜け毛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscle Spasms 筋肉の痙攣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brittle Nails つめがもろい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Other 他					

11. Immune	現在	過去	
免疫系	Current	Past	
Chronic Fatigue 慢性疲労	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Low-grade Fever 微熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronic Infections 慢性感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Slow Wound Healing 傷の治りが遅い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other 他

12. Reproductive System		現在	過去		現在	過去
生殖器系		Current	Past		Current	Past
Male 男性				Female 女性		
Hernia ヘルニア		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Age of first mense? 初潮年齢		
Sexual difficulties 性交困難		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Age of menopause? 閉経年齢		

	現在	過去
	Current	Past
Premature ejaculation 遺精	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penile discharge 性器からの不正分泌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genital warts 性器のいぼ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydia クラミジア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrhea 淋病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis 梅毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes ヘルペス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostate problem 前立腺肥大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testicular pain 睾丸の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testicular swelling 睾丸の腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other 他		

	現在	過去
	Current	Past
Length of cycle? 月経周期		
Duration of menses? 月経日数		
Irregular cycles 月経不順	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PMS 月経前症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heavy flow 経血過多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clotting 経血中の塊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menopausal symptoms 更年期障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginal discharge おりものの異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date of last PAP exam? 最後の婦人科検診日		
Endometriosis 子宮内膜症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovarian cysts 卵巣のう胞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breast lumps 胸のしこり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nipple discharge 乳首からの異常分泌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain with intercourse 性交痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginal dryness 膣の乾燥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cervical dysplasia 膣細胞の異形成症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genital warts 性器のいぼ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydia クラミジア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrhea 淋病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes ヘルペス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis 梅毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birth control? 避妊		
Number of pregnancy? 妊娠回数		
Number of live birth? 出産回数		
Number of miscarriages? 流産		
Number of abortions? 中絶		
Difficulty conceiving 不妊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other		

13. Mental/Emotional 精神・感情面

	現在	過去
	Current	Past
Mood swings 気分のむら	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression うつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervousness 神経質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bi-polar 二極性躁鬱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosis 精神病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiety 不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	現在	過去
	Current	Past
Neurosis ノイローゼ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD 注意散漫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations 幻覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidal thoughts 自殺思考	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental tension 精神的緊張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other 他		
