

Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

診察日 Date of appointment ____/____/____ (月/日/年) (mm/dd/yyyy)

できる限り詳細に記入し、受診時にご持参下さい。

Please fill this form out as completely as possible and bring this to your appointment.

以前にこの用紙に記入したことがある場合、前回の受診以降起こった変化はどんなものでも記述して下さい。記入に際し疑問がある場合は医師と相談して下さい。

If you have filled out this form previously, please enter any changes in your health history that have occurred since your last visit. If you are not comfortable in filling out some of the questions, please discuss with the provider.

既往歴 (今までかかったことのある病気全てに印をつけて下さい) **Past Medical History** (Please check any medical problems that you have had in the past)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診異常 Abnormal pap smear | <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 Congestive heart failure | <input type="checkbox"/> 月経不順 Irregular menses |
| <input type="checkbox"/> アルコール中毒 Alcoholism | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 COPD (lung disease) | <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 Kidney disease |
| <input type="checkbox"/> アレルギー Allergies | <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 Coronary artery disease | <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 Liver disease |
| <input type="checkbox"/> 貧血 Anemia | <input type="checkbox"/> うつ病 Depression | <input type="checkbox"/> 月経過多 Menorrhagia |
| <input type="checkbox"/> 不安症 Anxiety | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 Myocardial infarction (heart attack) |
| <input type="checkbox"/> 関節炎 Arthritis | <input type="checkbox"/> 憩室炎 Diverticulitis | <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 Nerve/muscle disease |
| <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma | <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 (胸焼け) GERD(heartburn) | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> 輸血歴 Blood transfusion | <input type="checkbox"/> 緑内障 Glaucoma | <input type="checkbox"/> てんかん・けいれん Seizures |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 BPH (benign prostatic hyperplasia) | <input type="checkbox"/> 頭痛 Headaches | <input type="checkbox"/> 鎌状赤血球貧血 Sickle cell anemia |
| <input type="checkbox"/> 癌 Cancer | <input type="checkbox"/> 心雑音 Heart murmur | <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症 Sleep apnea |
| <input type="checkbox"/> 白内障 Cataracts | <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルス/エイズ HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> 脳卒中 Stroke |
| <input type="checkbox"/> 凝固障害 Clotting disorder | <input type="checkbox"/> 高脂血症 Hyperlipidemia (high cholesterol) | <input type="checkbox"/> 薬物乱用 Substance abuse |
| <input type="checkbox"/> 大腸せんしゅ腺腫 Colonic adenoma | <input type="checkbox"/> 高血圧症 Hypertension (high blood pressure) | <input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> 脳しんとう Concussion | <input type="checkbox"/> 甲状腺低下症 Hypothyroidism | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 Ulcers |
| <input type="checkbox"/> その他 Other (list) _____ | | |

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

手術歴（今までに受けたことのある手術全てに印をつけ、日付けがわかるものに関しては年月日を記入して下さい。） **Past Surgical**

History (Please check any surgeries you have had and the date of surgery if you know it)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 虫垂炎 Appendectomy | <input type="checkbox"/> 美容外科 Cosmetic surgery | <input type="checkbox"/> 前立腺手術 Prostate surgery |
| <input type="checkbox"/> 肥満外科手術 Bariatric surgery | <input type="checkbox"/> 眼手術 Eye surgery | <input type="checkbox"/> 小腸手術 Small intestine surgery |
| <input type="checkbox"/> 脳の手術 Brain surgery | <input type="checkbox"/> 骨折手術 Fracture surgery | <input type="checkbox"/> 脊椎手術 Spine surgery |
| <input type="checkbox"/> 乳房の手術 Breast surgery | <input type="checkbox"/> ヘルニア修復 Hernia repair | <input type="checkbox"/> 扁桃・アデノイド切除 Tonsillectomy
Adenoidectomy |
| <input type="checkbox"/> 冠動脈バイパス術 CABG (bypass) | <input type="checkbox"/> 子宮卵巣摘出術 Hysterectomy (ovaries removed) | <input type="checkbox"/> 卵管結紮術 Tubal ligation (tubes tied) |
| <input type="checkbox"/> 帝王切開 C-Section | <input type="checkbox"/> 子宮摘出・卵巣温存 Hysterectomy (ovaries remain) | <input type="checkbox"/> 人工弁置換 Valve replacement |
| <input type="checkbox"/> 胆嚢摘出術 Cholecystectomy (gall bladder removal) | <input type="checkbox"/> 関節置換術 Joint replacement | <input type="checkbox"/> 精管切除術 Vasectomy |
| <input type="checkbox"/> 大腸手術 Colon surgery | <input type="checkbox"/> その他 Other (list) _____ | |

追加の情報 Additional

Information:

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

Page 2 of 9

97-10091	VER: A/20 HIM: 02/20	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	-------------	---	-------------------------------

Replaces: 50-10082

**Health History Questionnaire - Family Medicine -
11 Years of Age and Older (Japanese)**

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

家族歴 **Family History** 該当する家族歴すべてに印をつけてください。病気にかかった年齢もわかる場合は記入してください。また空欄に氏名を記入してください。Check below to report problems your family members have had. Please state the age when they had the problem if you know it. Please enter the name of the person in the blank. 養子（家族歴不明） Adopted (unknown/incomplete family history).

	Mother / 母	Father / 父	Sister / 姉妹	Brother / 兄弟	Daughter / 娘	Son / 息子	Other (list) / その他 (明記)
Alcohol abuse / アルコール乱用							
Aneurysm / 動脈瘤							
Asthma / 喘息							
Autoimmune disease / 自己免疫疾患							
Birth defects / 先天性欠損症							
Breast cancer / 乳癌							
Cancer / 癌							
Colon cancer / 大腸癌							
Colon polyps / 大腸ポリープ							
COPD (lung disease) / 慢性閉塞性肺疾患 (肺疾患)							
Deep vein thrombosis / 深部静脈血栓							
Dementia / 認知症							
Depression / うつ病							
Diabetes / 糖尿病							
Heart disease / 心臓病							
High cholesterol / 高コレステロール							
Hypertension / 高血圧							
Kidney disease / 腎臓病							
Mental illness / 精神病							
Osteoporosis / 骨粗鬆症							
Prostate cancer / 前立腺癌							
Pulmonary embolism / 肺塞栓症							
Stroke / 脳卒中							
Thyroid disease / 甲状腺疾患							
Gastric Cancer / 胃癌							
Other (list) / その他							
Other (list) / その他							
Other (list) / その他							
Alive (Yes, No or N/A=Not Applicable / 生存 (O) 、死亡 (X)							

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

女性のみ記入 For Female Patients Only:**婦人科関連 Gyn History**

初潮 Age when first period started _____ 歳 years 初潮を迎えていない場合、以下の項目はとばして生活歴に進んでください。Period has not yet started. *Please skip to Social History section.*

初めて妊娠した年齢 Age at first pregnancy: _____ 歳 years 初めて出産した年齢 Age at first live birth: _____ 歳 years

母乳で授乳した期間 Months breastfeeding: _____ か月間 months

閉経時の年齢（12 か月続けて生理がなかった） Age at menopause (no periods for 12 months in a row): _____ 歳 years 以下の項目はとばして生活歴に進んでください。 *Please skip to Social History section*

月経について Menstrual History:

月経周期 Period cycle _____ 日 days

月経持続日数 Period duration _____ 日 days

月経パターン Period pattern: 規則的 Regular 不規則 Irregular

月経量 Menstrual flow: 軽い Light 普通 Moderate 重い Heavy

月経時使用 Menstrual control method:

パンティライナー Panty liner 軽い日用 Thin pad 普通の日用 Maxi pad 多い日用 Hospital pad

タンポン Tampon その他 Other (specify) _____

交換頻度 How often do you change your menstrual control method? 毎 Every _____ 時間 hours.

月経困難症（強い痛みを伴う） Dysmenorrhea (painful menstruation) :

なし None 軽度 Mild 中度 Moderate 重度 Severe

妊娠歴 Obstetric History:

無し Never pregnant 現在妊娠中 Currently pregnant

妊娠回数 Number of pregnancies (Gravida) _____

出産回数 Number of deliveries (Para) _____ 正期産の回数 Number of Full Term deliveries _____

早産の回数 Number of preterm deliveries (<37 weeks) _____

多胎出産の回数 Number of Multiple birth deliveries _____ 流産・中絶 Miscarriages/abortions (AB) _____

お子さんは何人ですか？ Number of Living children _____

妊娠についてのコメント（妊娠中の異常） Perinatal Comments (pregnancy complications): _____

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

生活歴 / ドラッグや性生活について Social History / Substance and Sexual Activity

飲酒 Alcohol Use

アルコールの使用 Alcohol Use: ある Yes 現在はない Not Currently 今まで一度もない Never

どのくらいの頻度でお酒を飲みますか? How often do you have a drink containing alcohol?

全く飲まない Never 月 1 回かそれ以下 Monthly or less

月に 2 回から 4 回 2-4 times a month

一週間に 2 回から 3 回 2-3 times a week

一週間に 4 回かそれ以上 4 or more times a week

回答を拒否する Refuse to answer

*アルコール 1 杯とは:

ビール (5%アルコール濃度) 355 cc

ワイン(12%) 144 cc

日本酒 (15%) 125 cc

焼酎 (25%) 77 cc

ウイスキーなどの蒸留酒(40%) 44cc

飲酒するときは通常、アルコール入りの飲み物を何杯ぐらい飲みますか*。

How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?

1 か or 2 3 か or 4 5 か or 6 7 から to 9 10 かそれ以上 or more 回答を拒否する Refuse to answer

アルコール飲料を一度に 6 杯以上飲むことがどのくらい頻繁にありますか?

How often do you have six or more drinks on one occasion? 全くない Never 月に 1 回以下 Less than

monthly 毎月 Monthly 毎週 Weekly 毎日かほとんど毎日 Daily or almost daily 回答を拒否する Refuse to answer

1 週間につき飲酒の量は Please indicate the quantity per week of each:

グラスワイン Glasses of wine: _____ 缶ビール Can/bottles of beer: _____

スピリッツ・蒸留酒 (ウイスキー、ラム、ジン、ブランデー) Shots of liquor: _____

アルコール飲料や同等のもの (0.5 オンス (約 15ml) 以上のアルコールを含む) Standard drinks or equivalent (contains 0.5 oz of alcohol): _____

コメント Comments: _____

CAGE

飲酒の量を減らしたほうが良いと感じたことはありますか?

Have you ever felt you needed to Cut down on your drinking? はい Yes いいえ No

自分の飲酒について注意されて不快に思ったことはありますか?

Have people Annoyed you by criticizing your drinking? はい Yes いいえ No

自分の飲酒の習慣について罪悪感を感じたことはありますか?

Have you ever felt guilty about your drinking? はい Yes いいえ No

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

気分を落ち着けたり二日酔いをなくすために朝一番に飲酒したことはありますか？

Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (Eye-opener)

to steady your nerves or to get rid of a hangover?

 はい Yes

 いいえ No

ドラッグ(薬物)とタバコ Drugs and Tobacco

ドラッグ(薬物)の使用 Substance Use

ドラッグの使用 Drug Use: はい Yes いいえ No 現在はない Not Currently 今まで一度もない Never

何のドラッグを使いますか？ What type(s) of drugs do you use? アンフェタミン Amphetamines

タンパク質同化ステロイド薬 Anabolic steroids ベンゾジアゼピン Benzodiazepines コカイン Cocaine

ファンタニル Fentanyl ヘロイン Heroin ハイドロコドン Hydrocodone マリファナ Marijuana

エクスタシー-MDMA (Ecstasy) モルヒネ Morphine オキシコドン Oxycodone

その他、明記してください Other, please list: _____

一週間のどのくらいの頻度で使いますか？ How many times per week do you use drugs? _____

タバコ Tobacco

タバコの使用 Tobacco Use: 現在、毎日吸う Current, every day smoker

現在、吸う日が時々ある Current, some day smoker 以前は吸っていた Former smoker

一度も吸ったことがない Never smoked 受動喫煙（周りの人が吸う） - 一度も吸ったことがない Exposed to second hand smoke (passive smoke exposure) - Never smoked

現在喫煙中、またはやめた方はいつから吸い始めましたか？ If you smoke or used to smoke, when did you start?

喫煙を開始した日付 State Date: _____

やめた人はいつ止めましたか？ If you quit smoking, when did you quit? やめた日付 Quit Date: _____

現在吸っている人、過去に吸っていた人、一日に何箱吸っていますか/いましたか？

If you smoke or used to smoke, how many packs do or did you smoke per day?

0.25 箱 0.5 箱 1 箱 1.5 箱 2 箱 3 箱

喫煙歴は何年ですか？ How many years did you smoke / have you smoked?

0.5 年 1 年 2 年 3 年 4 年 5 年 10 年 15 年

無煙タバコ Smokeless Tobacco: 現在使用中 Current user 以前吸っていた Former user 一度も吸ったことがない Never used

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

どのタイプの無煙タバコを使っていますか、また使っていましたか？ What type of smokeless tobacco do or did you use?

かぎたばこ Snuff かみたばこ Chew

やめた方はいつ止めましたか？ If you quit smokeless tobacco, when did you quit? 日付 Quite Date: _____

今すぐ（タバコまたは無煙タバコを）やめる気がありますか？ Are you Ready to Quit tobacco (smoking or smokeless)?

はい Yes いいえ No

（タバコまたは無煙タバコを）やめるのにサポートが必要ですか？ Would you like help quitting tobacco

(smoking or smokeless)? はい Yes いいえ No

その他のタバコ Additional Tobacco

お薬を使ったタバコ代用品を希望しますか？ Would you like medication substitutes for tobacco? はい Yes いいえ No

電子タバコを使用しますか？ Do you use electronic smoking devices (vaping, ecig, JUUL, e-hooka)?

いいえ No 過去に使ったことがあるが現在はない 時々 毎日
Used in the past, not presently Occasionally Daily

性生活 Sexual History

現在、性関係がありますか？ Are you sexually active? はい Yes 今はない Not currently 今まで一度もない Never

現在使用している避妊方法全てに印をつけて下さい。 Type of birth control/protection currently used: (Check all that you use)

セックスをしない Not having sex (abstinence) コンドーム Condom ペッサリー Diaphragm

注射 Injection 子宮内避妊器具 IUD (Intrauterine Device)

経口避妊薬（ピル） OCP (oral contraceptives) 交際相手が精管切除を受けた Partner w/Vasectomy パッチ

Patch 閉経 Post-menopausal 卵管結紮術 Tubal ligation 精管切除 Vasectomy 避妊をしない None

その他 Other (specify): _____

相手は？ Partner(s) (check all that apply): 男性 Male 女性 Female

最近新しい性交相手がありましたか？ Do you have a new sexual partner? _____

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

生活歴/生活習慣 Social History / Lifestyle

運動 Physical Activity

1週間に平均何日ぐらい程度が中度から激しい運動を行いますか？（早歩き、ランニング、ジョギング、ダンス、水泳、自転車こぎ、その他の軽くまたはかなり汗をかくような運動） On average, how many days per week do you engage in moderate to strenuous exercise (walking fast, running, jogging, dancing, swimming, biking or other activities that cause a light or heavy sweat)?

0日 day 1日 day 2日 days 3日 days 4日 days 5日 days 6日 days 7日 days

程度が中度か激しい運動を平均して何分間ぐらい行いますか？ On average, how many minutes do you engage in exercise at this level?

0分 min 10分 min 20分 min 30分 min 40分 min 50分 min 60分 min

90分 min 120分 min 150+分 min 回答拒否 Refuse

安全 Safety

自宅に銃を置いていますか？ Do you have a gun at home? はい Yes いいえ No

常にシートベルトを使いますか？ Do you use seat belts consistently? はい Yes いいえ No

自転車用のヘルメットをかぶりますか？ Do you use a bike helmet? はい Yes いいえ No

社会、経済面 Socioeconomic

雇用 Employment

職業 Occupation: _____

雇用主 Employer: _____

コメント Comments: _____

患者属性 Demographics

結婚歴 Marital status: 独身 Single 既婚 Married 法的に別居 Legally separated 離婚 Divorced

未亡人 Widowed 恋人 Significant other その他（具体的に） Other (specify): _____

配偶者氏名 Spouse name: _____

子供の数 Number of children: _____

学歴 Years of education: _____

最終学歴は？ What is the highest level of school you have completed or the highest degree you have received?

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

MICHIGAN MEDICINE Family Medicine Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
--	-------------------------------------

症状 : 今現在、以下の症状で該当するものがあればすべてに丸を付けて下さい。Please circle which symptoms you have currently.

症状 : Review of Systems		
全身状態 General	発熱 fever 疲れやすい・気力がない decreased/no energy 食欲がない loss of appetite 予想外の体重の増加や減少 unintended weight gain/loss	特に無し None
頭部 Head	頭痛 headache 頭部外傷 injury	特に無し None
目 Eye	視力の低下 visual change 斜視 crossed 目やに discharge 目が赤い redness まぶたの腫れ puffiness	特に無し None
耳 Ear	聴力の低下 difficulty with hearing 耳の痛み pain 耳だれ discharge	特に無し None
鼻 Nose	鼻水 runny nose 鼻づまり nasal congestion 鼻血 nose bleed	特に無し None
口・喉 Mouth/throat	喉の痛み sore throat 物を飲み込むのに問題がある difficulty in swallowing 歯の心配 dental problems	特に無し None
肺 Lung	息切れ shortness of breath 咳 coughing 胸の痛み chest pain 喘鳴（呼吸をする時にヒューヒュー音がする） wheezing 痰 sputum 痰に血が混じる blood in sputum	特に無し None
心臓 Heart	顔色が悪い pale 手足の色が悪い cyanosis 胸の痛み chest pain 足のむくみ swelling on legs 失神 faint	特に無し None
消化器系 Gastrointestinal	おなかの痛み abdominal pain 吐き気 nausea 嘔吐 vomiting 下痢 diarrhea 便秘 constipation お腹の張り distention 便に血液が混じる blood in stool 真っ黒い便が出る black/tarry stool	特に無し None
泌尿器系 Genitourinary	排尿時の痛み painful urination 残尿感 urine retention 尿漏れ incontinence 排尿困難 difficulty urinating 尿に血液が混じる blood in urine	特に無し None
筋、骨格系 Musculoskeletal	手足、指の奇形 deformities 関節の痛み joint pain 関節の腫れ joint swelling 歩いたり、手足を動かすのが困難 difficulty in moving	特に無し None
神経系 Neurologic	めまい dizziness 手足の力が弱い weakness 手の震え hand shakiness けいれん seizures	特に無し None
皮膚 Skin	発疹 rash かゆみ itching 色の変化 color change あざがでしやす・出血しやすい easy bruising/bleeding ほくろの変化 change in mole	特に無し None
精神系 Psychiatric	気分がむらがる freq. mood change 神経質 nervousness 緊張しやすい tension 気分の落ち込み feeling down 夜眠れない unable to sleep at night	特に無し None

_____ / _____ / _____ (月/日/年) (mm/dd/yyyy)

この問診表を記入した人の氏名 Printed name of person who completed this form 記入年月日 Date

**FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
 DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.**

97-10091	VER: A/20 HIM: 02/20	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	--------------------	---	-------------------------------