

Patient Health History 患者病歴用紙
office use only - place label or print here
 事務所記入欄 ラベルを貼るか清書のこと

Patient name 患者名: _____

MRN: _____

DOB 生年月日: _____

Date 日付: _____

Dear Patient 患者各位:

The following questions will help us complete a comprehensive assessment of your health as part of your visit today. If you object to answering any of these questions or if you find any of them unclear or too personal, just leave them blank. We can discuss any concerns during your visit. This form will be filed in your confidential medical record along with the notes of your visit today.

以下の質問は本日の診察の一環として、貴方の健康状態の包括的な評価を行う手助けとなるものです。これらの質問に回答することに異議がある場合、または不明確であったり個人的に過ぎると思われる場合は、空白のままにしてください。懸念の点は診察中に相談できます。この用紙は、本日の来院記録と共に貴方の極秘の医療記録にファイルされます。

Reason for Visit / What do you want to talk about 本日の来院の理由 / 何を相談したいですか
1. PATIENT HISTORY 病歴

Have you ever, or do you now have any of the following? 以前または現在、次のいずれかの疾患がありますか?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> anemia (貧血症) | <input type="checkbox"/> eating problems (食欲不振) | <input type="checkbox"/> melanoma (黒色腫) |
| <input type="checkbox"/> anorexia (拒食症) | <input type="checkbox"/> depression (うつ病) | <input type="checkbox"/> menstrual problems (月経不順) |
| <input type="checkbox"/> arthritis (関節炎) | <input type="checkbox"/> diabetes (糖尿病) | <input type="checkbox"/> migraines (偏頭痛) |
| <input type="checkbox"/> asthma (喘息) | <input type="checkbox"/> epilepsy or seizures (癲癇か発作) | <input type="checkbox"/> sexually transmitted disease (性感染症) |
| <input type="checkbox"/> cancer (癌) | <input type="checkbox"/> heart disease (心臓病) | <input type="checkbox"/> thyroid problems (甲状腺病) |
| <input type="checkbox"/> chicken pox (水疱瘡) | <input type="checkbox"/> high/low blood pressure (高血圧・低血圧) | <input type="checkbox"/> other, please list (その他、記入してください) |

 Have you had any recent weight gain/loss? 最近体重の変化はありましたか? yes はい no いいえ

Have you recently experienced sadness, stress, or anxiety that interfered with your daily activities?

 最近、日常生活の妨げとなる悲しみ、ストレスや不安を経験しましたか? yes はい no いいえ

 Do you currently have pain? いま現在、痛みがありますか? yes はい no いいえ

If yes, please rate your pain on a scale from 0-10.

「はい」の場合、痛みの度合いは0から10のどの程度ですか? (0 = no pain 痛みなし, 10 = worst pain 最高の痛み)。_____

If yes, location of pain. 「はい」の場合、痛みの場所はどこですか? _____

Please list all hospitalizations you have had (surgical, medical, psychiatric) and the year? 全ての入院 (外科、内科、精神科) と、その年を記入してください。_____

2. FAMILY HISTORY 家族の病歴

	Diabetes (糖尿病)	Hypertension/ High Blood Pressure (高血圧)	High Cholesterol (高コレステロール)	Heart Attack (心臓発作)	Cancer (type) (癌 (種類))	Genetic Disease (遺伝子病)	Other (type) (その他 (種類))
Father 父親							
Mother 母親							
Sibling 兄弟							
Other blood relative その他の血縁							

3. HEALTH RISK ASSESSMENT 健康危険度評価

Do you drink alcohol? 飲酒しますか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ
	If yes, # of drinks per week 「はい」の場合、何杯/週 _____
Do you smoke? 喫煙しますか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ
	If yes, # of cigarettes per day 「はい」の場合、何本/日 _____
Have you ever used recreational/ street drugs? 気晴らしのための薬物を使用したことはありますか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ
Have you ever misused prescribed drugs? 処方薬を誤用したことはありますか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ
Do you exercise regularly? 定期的に運動しますか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ
Are you satisfied with your eating habits? ご自分の食習慣に満足していますか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ
Are there any significant issues affecting family/ significant others? 家族や大切な人に何か重大な問題がありますか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ
	If yes, please explain 「はい」の場合、説明してください。 _____
Are there any religious/ cultural consideration regarding your care? 治療に関して何か宗教的または文化的な配慮が必要ですか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ
	If yes, please explain 「はい」の場合、説明してください。 _____
Do you have any questions about sexually transmitted diseases? 性感染症について何か質問がありますか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ
Would you like to be tested for STDs? 性感染症について検査をお望みですか?	<input type="checkbox"/> yes はい <input type="checkbox"/> no いいえ

4. MEDICATIONS, ALLERGIES, and IMMUNIZATIONS 薬品、アレルギー、予防接種

Please complete section 4 A - C, **unless** you have a POL* account and you have reviewed and verified the accuracy of the information in your account. POL*口座があり、その口座内容の正確さを確認した場合を除き、セクション4 A-Cを記入してください。

* For more information on Patient Online (POL), please visit POL(Patient Online) Patient Online (POL)についての詳しい情報はこちらをご覧ください <http://web.mit.edu/medical/login.html>

A. Medications 薬品

List any prescription and nonprescription medication you take regularly (include OTC, herbals, vitamins, etc) 定期的に服用している処方薬と非処方薬（売薬、ハーブ、ビタミン、その他を含む）を記入してください。

B. Allergies アレルギー

Do you have any allergies to medications? 医薬品に対するアレルギーはありますか? yes はい no いいえ

If yes, please list medication(s) and reaction 「はい」の場合、医薬品と反応を記入してください。 _____

Do you have any of the following allergies? 次のいずれかのアレルギーはありますか?

食品 ラテックス 医薬品 環境 その他 _____

C. Immunizations 予防接種

Tetanus/ diphtheria (recommended every 10 years)

破傷風・ジフテリア (10年毎に勧められます)

Date 日付 _____

Annual flu vaccines? 年一回のインフルエンザワクチン

yes はい no いいえ

Hepatitis B (check one) B型肝炎 (チェックしてください)

had illness 感染した vaccinated 接種済み not vaccinated 未接種 don't know 分らない

Chicken pox (check one) 水疱瘡 (チェックしてください)

had illness 感染した vaccinated 接種済み not vaccinated 未接種 don't know 分らない

Pneumococcal 肺炎球菌

Date 日付 _____

Other vaccines, please list with name and date:

その他のワクチンについては名称と日付を記入してください。 _____

5. FUNCTIONAL ASSESSMENT 機能評価

Does your health limit you in any activities? 健康状態により、何かの活動で制約を受けますか?

working 仕事	<input type="checkbox"/> yes はい	<input type="checkbox"/> no いいえ
daily chores 日常生活	<input type="checkbox"/> yes はい	<input type="checkbox"/> no いいえ
moderate exercise 軽度な運動	<input type="checkbox"/> yes はい	<input type="checkbox"/> no いいえ
vigorous exercise 強度な運動	<input type="checkbox"/> yes はい	<input type="checkbox"/> no いいえ

If yes, please explain 「はい」の場合、説明してください。 _____

6. LEARNING NEEDS ASSESSMENT 学習機能評価

Do you have any of the following? 次のいずれかに該当しますか?

learning disabilities 学習障害	<input type="checkbox"/> yes はい	<input type="checkbox"/> no いいえ
visual limitations 視覚障害	<input type="checkbox"/> yes はい	<input type="checkbox"/> no いいえ
hearing limitations 聴覚障害	<input type="checkbox"/> yes はい	<input type="checkbox"/> no いいえ

If yes, please explain 「はい」の場合、説明してください。 _____

The health and wellness of everyone in the MIT community is important to us at MIT Medical. We recommend the following:

MITコミュニティの皆さんの健康と幸せは、MITメディカルにとって重要です。次のことをお勧めします。

- **Condom use during sexual activity to reduce the risk of STDs and unintended pregnancy.**
性感染症と意図しない妊娠の危険を減らすためにコンドームを使用すること。
- **Use of automobile safety belts to reduce the risk of injury or death, which is the law in Massachusetts.**
障害や死亡の危険を減らすために自動車安全ベルトを着用すること。これはマサチューセッツ州の法律です。
- **Use of helmets while bicycling, roller blading, skate boarding, etc to reduce the risk of injury.**
自転車、ローラーブレード、スケートボードなどの使用時、負傷の危険を減らすためにヘルメットを着用すること。
- **Home smoke detectors to reduce the risk of injury or damage from a fire.**
火災による負傷や損傷の危険を減らすために家庭用煙探知機を使用すること。
- **Use of sunscreen SPF 15 or higher for you and your children when in the outdoor sun.**
屋外の太陽の下では大人も子供もSPF15以上の日焼け防止薬を使用すること。

SIGNATURE 署名

Patient signature 患者署名 _____ Date 日付 _____

Provider signature 提供者署名 _____ Date 日付 _____