

健康記録 (Health History)

Japanese

氏名: _____ ソーシャル・セキュリティ番号: _____

生年月日: _____

I. 適当な項目を丸で囲んでください (不明であれば空欄のままでも結構です。):

- | | | | |
|----|----|-----|---|
| 1. | はい | いいえ | 体調は良好ですか? (Is your general health good?) |
| 2. | はい | いいえ | 過去一年以内に健康の変化がありましたか? (Has there been a change in your health within the last year?) |
| 3. | はい | いいえ | 過去三年以内に入院または重病の経験がありますか? (Have you been hospitalized in the last three years?)
入院の理由または病名。(If yes, why) _____ |
| 4. | はい | いいえ | 現在医師に掛かっていますか? 理由? (Being treated by physician now?) _____
ごく最近の健康診断はいつでしたか? (last medical exam) _____ 最後の歯科診療の日付 (Date of last dental exam) _____ |
| 5. | はい | いいえ | 以前歯科治療で問題が起こったことがありますか? (Have you had problems with prior dental treatment) |
| 6. | はい | いいえ | 今、痛みますか? (Are you in pain now) |

II. 下記の経験がありますか: (Have you experienced)

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|--------------------------------|
| 7. | はい | いいえ | 胸痛 (狭心症) (Chest pain) | 18. | はい | いいえ | 目眩 (Dizziness) |
| 8. | はい | いいえ | 足首のむくみ (Swollen Ankles) | 19. | はい | いいえ | 耳鳴り (Ringing in ears) |
| 9. | はい | いいえ | 息切れ (Shortness of breath) | 20. | はい | いいえ | 頭痛 (Headaches) |
| 10. | はい | いいえ | 急な体重の減少、発熱、寝汗 (Weightloss, fever, night sweats) | 21. | はい | いいえ | 気絶発作 (Fainting spells) |
| 11. | はい | いいえ | しつこい咳、咯血 (Persistent cough, coughing up blood) | 22. | はい | いいえ | かすみ目 (Blurred vision) |
| 12. | はい | いいえ | 異常な出血、あざがでやすい (Bleeding problems, easy bruise) | 23. | はい | いいえ | ひきつけ (Seizures) |
| 13. | はい | いいえ | 異副鼻腔障害 (Sinus problems) | 24. | はい | いいえ | 異常などの乾き (Excessive thirst) |
| 14. | はい | いいえ | 嚥下困難 (Difficulty swallowing) | 25. | はい | いいえ | 頻尿 (Frequent urination) |
| 15. | はい | いいえ | 下痢、便秘、血便 (Diarrhea, constipation, bloody stools) | 26. | はい | いいえ | 口内乾燥 (Dry mouth) |
| 16. | はい | いいえ | 頻繁な嘔吐、吐き気 (Frequent vomiting, nausea) | 27. | はい | いいえ | 黄疸 (Jaundice) |
| 17. | はい | いいえ | 排尿ににくい、血尿 (Difficulty urinating, blood in urine) | 28. | はい | いいえ | 関節痛、硬化 (Joint pain, stiffness) |

III. 現在下記の痛み、症状をお持ちですか、または過去に経験がありますか: (Do you have or have you had)

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|---|-----|----|-----|----------------------------|
| 29. | はい | いいえ | 心臓病 (Heart disease) | 40. | はい | いいえ | エイズまたは関連障害 (AIDS) |
| 30. | はい | いいえ | 心臓麻痺、心臓欠陥 (Heart attack, heart defects) | 41. | はい | いいえ | 腫瘍、癌 (Tumors, cancer) |
| 31. | はい | いいえ | 心雑音 (Heart murmurs) | 42. | はい | いいえ | 関節炎、リウマチ (Arthritis) |
| 32. | はい | いいえ | リウマチ熱 (Rheumatic fever) | 43. | はい | いいえ | 目の病気 (Eye diseases) |
| 33. | はい | いいえ | 脳卒中、動脈硬化 (Stroke) | 44. | はい | いいえ | 皮膚病 (Skin diseases) |
| 34. | はい | いいえ | 高血圧 (High blood pressure) | 45. | はい | いいえ | 貧血 (Anemia) |
| 35. | はい | いいえ | 肺結核、肺気腫、その他の肺病 (Asthma, TB, Emphysema) | 46. | はい | いいえ | 性病 (梅毒、淋病) (VD) |
| 36. | はい | いいえ | 肝炎、その他の肝臓病 (Hepatitis) | 47. | はい | いいえ | 疱疹ヘルペス (Herpes) |
| 37. | はい | いいえ | 胃の病気、潰瘍 (Stomach problems, ulcers) | 48. | はい | いいえ | 腎臓病、膀胱疾患 (Kidney disease) |
| 38. | はい | いいえ | アレルギー: 薬品、食品、内服薬、ゴム類 (Allergic to drugs, foods, medications, latex) | 49. | はい | いいえ | 甲状腺、副腎病 (Thyroid problems) |
| | | | | 50. | はい | いいえ | 糖尿病 (Diabetes) |

IV. 現在下記をお持ちですか? または経験がありますか: (Do you have or have you had)

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--------------------------------|-----|----|-----|-------------------------|
| 51. | はい | いいえ | 精神病治療 (Psychiatric care) | 56. | はい | いいえ | 入院 (Hospitalization) |
| 52. | はい | いいえ | 放射線治療 (Radiation treatments) | 57. | はい | いいえ | 輸血 (Blood transfusions) |
| 53. | はい | いいえ | 化学療法 (Chemotherapy) | 58. | はい | いいえ | 手術 (Surgeries) |
| 54. | はい | いいえ | 人工心臓弁 (Prosthetic heart valve) | 59. | はい | いいえ | ペースメーカー (Pacemaker) |
| 55. | はい | いいえ | 人工関節 (Artificial joints) | 60. | はい | いいえ | コンタクトレンズ (Contacts) |

V. 現在下記を使用または飲用していますか: (Are you taking)

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|---------------------------|
| 61. | はい | いいえ | 麻薬、覚醒剤等薬物 (Recreational drugs) | 63. | はい | いいえ | たばこ製品 (Tobacco, any form) |
| 62. | はい | いいえ | 医薬品 (アスピリン等も含む) (Drugs, medications
何を使用または内服していますか? over the counter, Aspirin) | 64. | はい | いいえ | 酒等アルコール (Alcohol) |

列記してください: _____

VI. 女性のみお答えください: (Women Only)

65. はい いいえ 妊娠中や授乳中であつたり、またはその可能性がありますか? (Pregnant) 66. はい いいえ 避妊薬を飲んでいませんか? (Birth Control)

VII. 全員: (All patients)

67. はい いいえ 上記以外の病気や障害をお持ちですか? または経験がありますか? (Do you have any other diseases or problems not listed)
ご説明ください: _____

私の知る限りにおいて、各質問に目を通し、正確に答えました。健康状態や投薬の変化、変更は直ちに報告します。

署名: _____ 日付: _____

再診時の確認: (Recall Review)

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. 署名 _____ | 日付: _____ |
| 2. 署名 _____ | 日付: _____ |
| 3. 署名 _____ | 日付: _____ |