

CONFIDENTIAL PATIENT CASE HISTORY

この質問用紙に記入をお願いします。この記録が保険会社以外の第三者に渡される事はありません。
(Please complete this questionnaire. This confident history will be part of your permanent records. Thank you.)

名前(name) 姓 _____ 名 _____
誕生日(birthday) _____ 性別(sex) 男M 女F
現住所(address) _____ Zip _____
ソーシャルセキュリティー番号(soc.sec#) _____
自宅電話(home phone) (_____) _____ 職場電話(work phone) (_____) _____
携帯電話(cell phone) (_____) _____ E-mailアドレス _____
配偶者の有無(marital status) M既婚 S独身 D離婚 W死別
子供の年齢(children, ages) _____ 配偶者の名前(spouse's name) _____

職業(occupation) _____ 勤務先(employer) _____
どなたのご紹介ですか?(referral) _____
どこでこのクリニックの事を知りましたか?(how else did you hear about us?) _____
最も気になっている問題は?(主訴)(major complaint) _____
どのくらいの期間その症状が続いていますか?(duration of condition) _____
過去に似た症状はありましたか?(past similar condition) _____
どの体勢が症状を悪化させますか?(what positions make it worse?) _____
どんな体勢を取ると楽になりますか?(what positions make it better?) _____
その症状は(is this condition)
良くなってきている(improved) 変化無し(unchanged) 悪くなっている(regressed)
その症状によってさまたげになっている事は? (this condition interfering with)
仕事(work) 睡眠(sleep) 日常生活(daily routine) その他(other)
その症状を他の医療機関で治療してもらいましたか?(has this condition been treated) _____

症状の原因は何ですか?(cause of this condition) _____
今まで受けた手術の内容と年(surgical operations and years) _____
主治医の名前(family physician's name) _____
服用している薬の名前、量、回数(medications; dosage and frequency) _____
交通事故や他の人身事故にあった事がありますか?(had personal injury or auto accident before?) Y N
詳細(describe) _____

サイン(signature) _____ Date _____
保護者のサイン(parent/guardian) _____ Date _____

家族の病歴(FAMILY HISTORY)

家族の病歴を記入してください。(List any of the diseases listed above which run in your family.)

関係 (Relative)	年齢 (Age if Living)	死亡時の年齢 (Age at Death)	死因 (Cause of Death)	健康状態 (State of Health)	病気 (Illness)
父(Father)	_____	_____	_____	_____	_____
母(Mother)	_____	_____	_____	_____	_____
兄弟(Brother(s))	_____	_____	_____	_____	_____
姉妹(Sister(s))	_____	_____	_____	_____	_____
母方の祖父(Maternal Grandfather)	_____	_____	_____	_____	_____
母方の祖母(Maternal Grandmother)	_____	_____	_____	_____	_____
父方の祖父(Paternal Grandfather)	_____	_____	_____	_____	_____
父方の祖母(Paternal Grandmother)	_____	_____	_____	_____	_____

生活習慣 (SOCIAL HISTORY)

当てはまるものにチェック、又は記入してください。(Check the boxes and fill in.)

現在の体重:	_____	身長:	_____	最近、体重の増減はありましたか?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
(Current Weight)		(Height)		(Have you recently lost or gained weight?)		
知的労働(Mental Work)	<input type="checkbox"/> Heavy	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Light	Hours per day	_____	
肉体労働(Physical Work)	<input type="checkbox"/> Heavy	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Light	Hours per day	_____	
運動(Exercise)	<input type="checkbox"/> Heavy	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Light	Hours per day	_____	
タバコ(Smoking)	<input type="checkbox"/> Current	<input type="checkbox"/> Previous	Packs/Day	_____	No. of year	_____
飲酒(Alcohol)	<input type="checkbox"/> Beer/Week	<input type="checkbox"/> Liquor/Week	<input type="checkbox"/> Wine/Week	No. of year _____		
カフェイン(Caffeine(Coffee, Tea, Cola))	<input type="checkbox"/> Cups/Day		No. of years _____			
アスピリン(Aspirin)	No./day	_____	No. of years	_____	Others	_____

下の図に下記の記号を使って痛いところをマークしてください。

(Mark the areas of your symptoms on the figure to the right. Use the following symptoms:)

痛み(Aches)□□□ しびれ(Numbness)○○○ チクチク痛い(Pins/Needles) : : : 刺すような痛み(Stabbing)/////

痛みの度合いに当てはまる数値に○をしてください。

(Mark a ○ on the line.)

★ 現在の痛みはどれくらいですか?(Current intensity of pain)

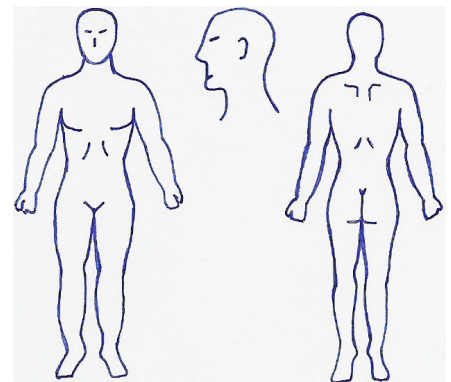
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

←痛みなし(None) 最悪の痛み(Most severe)→

★ その痛みはどのくらい悪化しましたか?(Pain in the past)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

←痛みなし(None) 最悪の痛み(Most severe)→



サイン(signature) _____
 保護者のサイン(parent/guardian) _____

Date _____
 Date _____