
	MEDICAL HISTORY		SOP NO: MR-006/2020
			REVISED NO:
PREPARED BY:	APPROVED BY: MEDICAL DIRECTOR	DATE:	PAGE: Page 1 of 7

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE 健康歴アンケート

PATIENT INFORMATION 患者情報				
NAME 名前:		CONTACT 連絡先番号:		DATE OF BIRTH 生年月日:
ADDRESS 住所:		GENDER 性別:	WEIGHT 体重:	HEIGHT 身長: AGE 年齢:
		MARITAL STATUS 婚姻状況:		OCCUPATION 職業:
NRIC/ PASSPORT パスポート番号:		EMAIL:		
FAMILY PHYSICIAN かかりつけ医:				
EMERGENCY CONTACT 緊急連絡先:				
HISTORY OF PRESENTING ILLNESS 現在の病状の経過				
MAIN PROBLEM(S) 主要な健康上の懸念:				
PROBLEM OR DISEASE(S) 現在抱えている主要な問題や疾患:				
DURATION お持ちの問題の期間はどのくらいですか? :				
CURRENT MEDICATION 現在服用中の薬は何ですか? :				
To what extent does this problem interfere with your daily activities (work, sleep, sex, etc.)? この問題が日常生活（仕事、睡眠、性行為など）にどの程度影響していますか?				
What kind of other treatment have you tried? 他にどのような治療を試みられましたか?				
PAST MEDICAL HISTORY 過去の病歴				
Significant Illness: Cancer, Diabetes, Hepatitis, High Blood Pressure, Heart Disease, Rheumatic Fever, Thyroid Disease, Seizures, Venereal Disease. 重大な疾患（がん、糖尿病、肝炎、高血圧、心臓病、リウマチ熱、甲状腺疾患、てんかん、性病）はありますか?				

	MEDICAL HISTORY		SOP NO: MR-006/2020
			REVISED NO:
PREPARED BY:	APPROVED BY: MEDICAL DIRECTOR	DATE:	PAGE: Page 2 of 7

PAST MEDICAL HISTORY 過去の病歴

Previous Medication? Any Supplement or Herbal Treatment? 過去に服用していた薬はありますか?
現在、健康補助食品や漢方薬を摂取していますか?

Surgeries 以前に手術を受けたことがありますか? :

Significant Trauma (car accidents, falls, etc.) 大きな外傷（自動車事故、転倒など）はありますか?

History of Allergies (drugs, chemicals, foods):
アレルギー歴（薬物、化学物質、食品など）はありますか?

FAMILY MEDICAL HISTORY 家族の医療歴

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes
糖尿病 | <input type="checkbox"/> Cancer
癌 | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure
高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Allergies
アレルギー | <input type="checkbox"/> Stroke
脳卒中 | <input type="checkbox"/> Heart Disease
心臓病 |
| <input type="checkbox"/> Asthma
喘息 | <input type="checkbox"/> Seizures
発作 | |
| <input type="checkbox"/> Others (Please specify) その他（具体的に指定してください） | | |

SOCIAL HISTORY 社会的な経歴

How many pack(s) of cigarettes a day do you smoke?
1日に何パックスのタバコを吸いますか? _____

How much coffee, tea or soft drinks do you drink per week?
週にどのくらいの量のコーヒーや紅茶、ソフトドリンクを摂取しますか? _____

How much alcohol do you drink per week?
週にどのくらいのアルコールを飲みますか? _____

Please describe any use of drugs for non-medical purposes:
非医療目的での薬物使用の有無を教えてください _____



MEDICAL HISTORY

SOP NO: MR-006/2020

REVISED NO:

PREPARED BY:

APPROVED BY:

DATE:

PAGE:

MEDICAL DIRECTOR

Page 3 of 7

GENERAL 一般的な健康

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Poor Appetite
食欲不振 | <input type="checkbox"/> Poor sleeping
睡眠不足 | <input type="checkbox"/> Fatigue
疲労 |
| <input type="checkbox"/> Fever
発熱 | <input type="checkbox"/> Chills
悪寒 | <input type="checkbox"/> Night Sweats
夜間の多汗 |
| <input type="checkbox"/> Sweat Easily
簡単に汗をかく | <input type="checkbox"/> Tremors
振戦 | <input type="checkbox"/> Cravings
食欲や欲求 |
| <input type="checkbox"/> Localized Weakness
局所的な筋力低下 | <input type="checkbox"/> Poor balance
バランスの悪さ | <input type="checkbox"/> Change in appetite
食欲の変化 |
| <input type="checkbox"/> Bleed or bruise easily
簡単に出血したりあざがでやすい | <input type="checkbox"/> Weight Loss
体重減少 | <input type="checkbox"/> Weight Gain
体重増加 |
| <input type="checkbox"/> Peculiar tastes or smel
味覚・嗅覚の異状 | <input type="checkbox"/> Strong Thirst (cold or hot drinks)
強い喉の渇き (冷たいまたは熱い飲み物) | |
| <input type="checkbox"/> Sudden energy drop (what time of day?) 突然のエネルギー低下 (何時頃ですか?) | | |

SKIN & HAIR 肌と髪

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rashes
発疹 | <input type="checkbox"/> Ulcerations
潰瘍 | <input type="checkbox"/> Hives
じんましん |
| <input type="checkbox"/> Itching
かゆみ | <input type="checkbox"/> Eczema
湿疹 | <input type="checkbox"/> Pimples
にきび |
| <input type="checkbox"/> Dandruff
フケ | <input type="checkbox"/> Loss of hair
抜け毛 | <input type="checkbox"/> Recent moles
最近できたホクロ |
| <input type="checkbox"/> Change in hair or skin texture
髪や肌の質の変化 | Any other hair or skin problems?
他に何か髪や肌の問題はありますか? | |

MUSCULOSKELETAL 筋骨格

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Neck Pain
首の痛み | <input type="checkbox"/> Muscle pains
筋肉痛 | <input type="checkbox"/> Knee pain
膝の痛み |
| <input type="checkbox"/> Back Pain
背中での痛み | <input type="checkbox"/> Muscle weakness
筋肉の弱さ | <input type="checkbox"/> Foot/ ankle pains
足や足首の痛み |
| <input type="checkbox"/> Hand/ wrist pains
手や手首の痛み | <input type="checkbox"/> Shoulder pain
肩の痛み | <input type="checkbox"/> Hip pain
股関節の痛み |
| Any other joint or bone problems? 他に関節や骨の問題はありますか? | | |



MEDICAL HISTORY

SOP NO: MR-006/2020

REVISED NO:

PREPARED BY:

APPROVED BY:

DATE:

PAGE:

MEDICAL DIRECTOR

Page 4 of 7

HEAD, EYES, EARS, NOSE & THROAT 頭部、目、耳、鼻、喉

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dizziness
めまい | <input type="checkbox"/> Concussions
脳震盪 | <input type="checkbox"/> Migraines
片頭痛 |
| <input type="checkbox"/> Glasses
眼鏡 | <input type="checkbox"/> Eye strain
目の疲れ | <input type="checkbox"/> Eye pain
目の痛み |
| <input type="checkbox"/> Poor vision
視力低下 | <input type="checkbox"/> Night blindness
夜盲 | <input type="checkbox"/> Color blindness
色盲 |
| <input type="checkbox"/> Cataracts
白内障 | <input type="checkbox"/> Blurry vision
視界不良 | <input type="checkbox"/> Earaches
耳の痛み |
| <input type="checkbox"/> Ringing in ears
耳鳴り | <input type="checkbox"/> Poor hearing
聴力低下 | <input type="checkbox"/> Spots in front of eyes
目の前に点々が見える |
| <input type="checkbox"/> Sinus problems
副鼻腔の問題 | <input type="checkbox"/> Nose bleeds
鼻血 | <input type="checkbox"/> Recurrent sore throats
再発性の喉の痛み |
| <input type="checkbox"/> Grinding teeth
歯ぎしり | <input type="checkbox"/> Facial pain
顔の痛み | <input type="checkbox"/> Sores
ただれ |
| <input type="checkbox"/> Teeth problems
歯の問題 | <input type="checkbox"/> Jaw clicks
顎のカクカク音 | <input type="checkbox"/> Headaches (where and when?)
頭痛 (どこで、いつ?) |

Any other head or neck problems? 他に頭部や首の問題はありますか?

CARDIOVASCULAR 心血管

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> High blood pressure
高血圧 | <input type="checkbox"/> Low blood pressure
低血圧 | <input type="checkbox"/> Chest pain
胸の痛み |
| <input type="checkbox"/> Irregular heartbeat
不整脈 | <input type="checkbox"/> Dizziness
めまい | <input type="checkbox"/> Fainting
失神 |
| <input type="checkbox"/> Cold hands or feet
手や足の冷え | <input type="checkbox"/> Swelling of the hands
手の腫れ | <input type="checkbox"/> Swelling of the feet
足の腫れ |
| <input type="checkbox"/> Blood clots
血栓 | <input type="checkbox"/> Phlebitis
静脈炎 | <input type="checkbox"/> Difficulty in breathing
呼吸困難 |

Any other heart or blood vessel problems? 心臓や血管に他の問題はありますか?



MEDICAL HISTORY

SOP NO: MR-006/2020

REVISED NO:

PREPARED BY:

APPROVED BY:

DATE:

PAGE:

MEDICAL DIRECTOR

Page 5 of 7

RESPIRATORY 呼吸器系

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cough
咳 | <input type="checkbox"/> Coughing blood
咳血 | <input type="checkbox"/> Chest pain
胸の痛み |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis
気管支炎 | <input type="checkbox"/> Pneumonia
肺炎 | <input type="checkbox"/> Pain with a deep breath
深呼吸時の痛み |
| <input type="checkbox"/> Difficulty in breathing when lying down
横になると呼吸困難 | | |
| <input type="checkbox"/> Production of Phlegm (what color?)
痰の分泌 (色は?) | | |

Any other lung problems? 他の肺の問題はありますか?

GASTROINTESTINAL 消化管

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nausea
吐き気 | <input type="checkbox"/> Vomiting
嘔吐 | <input type="checkbox"/> Diarrhea
下痢 |
| <input type="checkbox"/> Constipation
便秘 | <input type="checkbox"/> Gas
胃ガス | <input type="checkbox"/> Belching
ゲップ |
| <input type="checkbox"/> Black stool
黒い便 | <input type="checkbox"/> Blood in stools
便中の血 | <input type="checkbox"/> Indigestion
消化不良 |
| <input type="checkbox"/> Bad breath
口臭 | <input type="checkbox"/> Rectal pain
直腸の痛み | <input type="checkbox"/> Hemorrhoids
痔 |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain or cramps
腹痛や痙攣 | <input type="checkbox"/> Chronic laxative use
慢性的な下剤の使用 | |

Any other problems with your stomach or intestines? 他にお腹や腸に関する問題はありますか?

GENITOURINARY 泌尿器

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pain of urination
排尿時の痛み | <input type="checkbox"/> Frequent urination
頻尿 | <input type="checkbox"/> Blood in urine
血尿 |
| <input type="checkbox"/> Urgency to urinate
排尿の緊急性 | <input type="checkbox"/> Unable to hold urine
尿を我慢できない | <input type="checkbox"/> Kidney stones
腎結石 |
| <input type="checkbox"/> Decrease in flow
尿の流れの減少 | <input type="checkbox"/> Impotence
インポテンス | <input type="checkbox"/> Sore on genitals
性器の痛み |

*to continue on the next page 次のページで続きます



MEDICAL HISTORY

SOP NO: MR-006/2020

REVISED NO:

PREPARED BY:

APPROVED BY:

DATE:

PAGE:

MEDICAL DIRECTOR

Page 6 of 7

GENITOURINARY 泌尿器

Do you wake up to urinate? 夜中にトイレに起きますか? _____

How often? トイレに起きる頻度はどれくらいですか? _____

Any particular color to your urine? 尿の特定の色はありますか? _____

Any other problems with your stomach or intestines? 他にお腹や腸に関する問題はありますか? _____

PREGNANCY & GYNECOLOGY 妊娠と産婦人科

Number of pregnancies _____

妊娠回数

Number of Births _____

出産回数

Premature births _____

早産

Miscarriages _____

流産

Abortions _____

中絶

Age at first menses _____

初潮の年齢

Period between menses _____

月経周期

Duration _____

月経期間

First date of last menses _____

前回の月経の初日

Unusual character (heavy or light)

異常な特徴 (重いまたは軽い)

Painful periods

痛みのある月経

Clots

凝固塊

Last PAP

最後のPAP (子宮がん検診)

Vaginal discharge

膣分泌物

Vaginal sores

膣の潰瘍

Breast lumps

乳房のしこり

Changes in body/ psyche prior to menstruation

月経前の体や心の変化

Do you practice birth control? _____

あなたは避妊を実践していますか?

What type and for how long? _____

どの種類の避妊方法をどれくらいの期間使っていますか?

NEUROPSYCHOLOGICAL 神経心理学的

Seizures

発作

Dizziness

めまい

Loss of balance

バランスの喪失

Areas of numbness

しびれた部分

Lack of coordination

運動失調

Poor memory

記憶力の低下

Concussion

脳震盪

Depression

うつ病

Anxiety

不安


Bad temper

気性の荒さ

Easily susceptible to stress

ストレスに敏感

*to continue on the next page 次のページに続きます

	MEDICAL HISTORY		SOP NO: MR-006/2020
			REVISED NO:
PREPARED BY:	APPROVED BY: MEDICAL DIRECTOR	DATE:	PAGE: Page 7 of 7

NEUROPSYCHOLOGICAL 神経心理学的	
Have you ever been treated for emotional problems? 感情的な問題で治療を受けたことがありますか？	_____
Have you ever considered or attempted suicide? 自殺を考えたことや試みたことはありますか？	_____
Any other neurological or psychological problems? 他に何か神経学的または心理学的な問題はありますか？	_____
Comments (please tell us of any other problems that you would like to discuss) コメント欄（他に話したい問題があれば教えてください）	