|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 最初の記入日: |  |
| 更新日: |  |
|  |  |
|  |
|  |
| 病歴質問表 |
| この質問表に含まれているすべての質問は、極秘扱いであり、ご自身の医療記録の一部となります。 |
| お名前 (姓名) |  | 🞎 男 🞎 女 | 生年月日: |  |
| 配偶者の有無:  | 🞎 独身 🞎 同棲中 🞎 既婚 🞎 別居中 🞎 離婚 🞎 死別 |
| 前の (紹介元の) 医師 |  | 最後の健康診断の日付: |  |
|  |
| 個人の病歴 |
|  |
| 幼少期の病歴 | 🞎 はしか 🞎 おたふく風邪 🞎 風疹 🞎 水疱瘡 🞎 リューマチ熱 🞎 小児麻痺 |
| 予防注射の有無と日付 | 🞎 破傷風 |  | 🞎 肺炎 |  |
| 🞎 肝炎 |  | 🞎 水疱瘡 |  |
| 🞎 インフルエンザ |  | 🞎 3 種混合 (はしか、おたふく、風疹) |  |
| 他の医師により診断された内科的な疾患 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 手術 |
| 年 | 理由 | 病院 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 他の入院 |
| 年 | 理由 | 病院 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 輸血を行ったことはありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 次のページに進む |

|  |
| --- |
| 処方された薬と処方箋なしの薬 (ビタミン剤や吸入器など) |
| 薬の名前 | 強さ | 服用頻度 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 薬に対するアレルギー |
| 薬の名前 | 発生したアレルギー |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| 健康維持にかかわる生活習慣 |
|  |
| この質問表に含まれているすべての質問は、省略可能です。また、すべて極秘扱いとなっています。 |
| 運動 | 🞎 あまり動かない (運動していない) |
| 🞎 やや運動している (階段上り下り、3 ブロック歩く、ゴルフなど) |
| 🞎 ときどき激しい運動を行う (仕事またはレクリエーションで) 30 分を週に 4 回未満 |
| 🞎 定期的に激しい運動を行う (仕事またはレクリエーションで) 30 分を週に 4 回 |
| ダイエット | ダイエット中ですか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 「はい」と答えた方は、医師から指示された医療的なダイエットですか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 平均的な 1 日の食事回数 |
| 塩分摂取量 | 🞎 多い | 🞎 普通 | 🞎 少ない |
| 脂肪摂取量 | 🞎 多い | 🞎 普通 | 🞎 少ない |
| カフェイン | 🞎 なし | 🞎 コーヒー | 🞎 紅茶 | 🞎 コーラ |
| 1 日にカップで何杯/缶で何本飲みますか。 |
| アルコール | アルコールを飲みますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 「はい」と答えた方は、アルコールの種類をお答えください。 |
| 週にどのくらい飲みますか。 |
| アルコールを飲む量を気にしていますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 止めようと思ったことはありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 記憶を失ったことはありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| "大酒" を飲む傾向がありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 飲んだ後で運転しますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 煙草 | 煙草を喫いますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 🞎 煙草 - 1 日に何箱 | 🞎 噛み煙草 - 1 日に何個 | 🞎 パイプ - 1 日の量 | 🞎 葉巻 - 1 日に何本 |
| 🞎 喫煙年数 | 🞎 止めた年 |
| 薬 | 不正な麻薬を (快楽のために) 現在使用していますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 不正な麻薬を注射器で打ったことはありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| セックス | 性的にアクティブですか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 「はい」と答えた方は、妊娠を希望していますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 妊娠を希望していない場合、どのような避妊方法を行っていますか。 |
| 不快感はありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| エイズなど HIV (ヒト免疫不全ウイルス) に関連した病気が健康に関する大きな社会問題になっています。この病気の原因となる危険因子として、静脈注射による麻薬の使用や、コンドームなしの性交などが挙げられます。この病気に対するご自身のリスクについて相談することを希望しますか。 |  |  |  |  |
| 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 個人の安全度 | 1 人で住んでいますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| よく転びますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 視覚または聴覚に障害がありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 事前指示書や遺言を作成してありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| これらの準備に関する情報が必要ですか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 物理的/精神的虐待も、健康に関する大きな社会問題になっています。言葉による脅迫行為や実際の肉体的/性的虐待の形をとる場合もあります。この問題について話し合うことを希望しますか。 |  |  |  |  |
| 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |

|  |
| --- |
| 家族の病歴 |
|  |
|  | 年齢 | 重大な健康上の問題 |  | 年齢 | 重大な健康上の問題 |
| 父 |  |  | 子供 | 🞎 男🞎 女 |  |  |
| 母 |  |  | 🞎 男🞎 女 |  |  |
| 兄弟/姉妹 | 🞎 男🞎 女 |  |  | 🞎 男🞎 女 |  |  |
| 🞎 男🞎 女 |  |  | 🞎 男🞎 女 |  |  |
| 🞎 男🞎 女 |  |  | 祖母母方 |  |  |
| 🞎 男🞎 女 |  |  | 祖父母方 |  |  |
| 🞎 男🞎 女 |  |  | 祖母父方 |  |  |
| 🞎 男🞎 女 |  |  | 祖父父方 |  |  |

|  |
| --- |
| 精神衛生 |
|  |
| あなたにとってストレスは大きな問題ですか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 憂鬱になりますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| ストレスでパニックを起こしますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 食事や食欲に問題を抱えていますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 頻繁に泣きますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 自殺未遂の経験はありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 自分を傷つけることについて真剣に考えたことはありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 睡眠に問題を抱えていますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| カウンセリングを受けたことはありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |

|  |
| --- |
| 女性のみ |
|  |
| 月経が始まった年齢: |
| 最後の月経の日付: |
| \_\_\_\_\_ 日周期 |
| 重い月経、周期の乱れ、吹き出物、痛み、嘔吐などの問題はありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 妊娠回数 \_\_\_\_\_ 出産回数 \_\_\_\_\_ |
| 妊娠中または授乳期間中ですか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 人工妊娠中絶、子宮摘出、または帝王切開の経験はありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 尿路、膀胱、または腎臓の感染が過去 1 年間にありましたか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 血尿はありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 排尿のコントロールに問題はありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 夜間にほてりまたは発汗はありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 月経時または月経前後の緊張、痛み、膨満感、神経過敏、またはその他の症状はありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 胸のはり、しこり、乳頭分泌などが最近ありましたか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 最後に受けた子宮癌検査および直腸検査はいつですか。 |
|  |
| 男性のみ |
|  |
| いつも夜間に排尿のために起きますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 「はい」と答えた方は、回数を記入してください \_\_\_\_\_ |
| 排尿時にひりひりしたり、痛みを感じたりしますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 血尿はありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 射精時にひりひりしますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 排尿の力が衰えましたか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 尿路、膀胱、または腎臓の感染が過去 1 年間にありましたか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 膀胱を完全に空にすることが困難ですか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 勃起や射精が困難ですか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 睾丸に痛みや腫れはありますか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
| 最後に受けた前立腺検査および直腸検査はいつですか。 | 🞎 | はい | 🞎 | いいえ |
|  |
| その他の問題 |
|  |
| 以下の項目について、現在または過去に重大な症状が出ている場合はチェックし、簡単な説明を記入してください。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞎 | 皮膚  | 🞎 | 胸/心臓  | 🞎 | 最近変化があった箇所: |
| 🞎 | 頭/首  | 🞎 | 背中  | 🞎 | 体重  |
| 🞎 | 耳  | 🞎 | 腸  | 🞎 | 活動能力  |
| 🞎 | 鼻  | 🞎 | 膀胱  | 🞎 | 睡眠の状況  |
| 🞎 | 喉  | 🞎 | 腸  | 🞎 | その他の痛み/不快感: |
| 🞎 | 肺  | 🞎 | 血液循環  |  |  |