

MICHIGAN MEDICINE Family Medicine Health History Questionnaire – Family Medicine - 10 Years of Age and Younger (Japanese)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
---	-------------------------------------

診察日 Date of appointment ____/____/____ (月/日/年) (mm/dd/yyyy)

できる限り詳細に記入し、受診時にご持参下さい。

Please fill this form out as completely as possible and bring this to your appointment.

以前にこの用紙に記入したことがある場合、前回の受診以降起こった変化はどんなものでも記述して下さい。記入に際し、疑問がある場合は医師と相談して下さい。

If you have filled out this form previously, please enter any changes in your health history that have occurred since your last visit. If you are not comfortable in filling out some of the questions, please discuss with the provider.

出産歴 Birth History (わかる範囲で記入して下さい。Please fill out as much as best to your knowledge.)

出生時身長 Birth Length _____ 出生時体重 Birth Weight _____ 出生時頭囲 Birth head circumference _____

退院時体重 Discharge Weight _____ 出産週数 (予定日=40週) Gestational Age _____

分娩法 Delivery Method: 帝王切開 C-Section 誘発分娩 Induction 自然分娩 Vaginal 分娩時間
Duration of labor _____

出産場所 Hospital Information: 入院日数 Days in hospital _____ 病院名 Hospital name _____ 病院の場所
Hospital location _____

アプガースコア APGAR Scores: アプガー1 APGAR 1 _____ アプガー5 APGAR 5 _____ アプガー10 APGAR 10 _____


授乳法 Feeding: 哺乳瓶 Bottle 母乳と人工乳 Breast & Formula 母乳 Breast 人工乳 Formula 不明 Unknown

追加情報 (出産時の問題も含む) Additional Comments (including any problems after delivery) :

既往歴 (今までかかったことのある病気全てに印をつけて下さい) **Past Medical History** (Please check any medical problems that you have had in the past)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> アレルギー Allergies | <input type="checkbox"/> 脳しんとう Concussion | <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 Kidney disease |
| <input type="checkbox"/> 貧血 Anemia | <input type="checkbox"/> うつ病 Depression | <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 Liver disease |
| <input type="checkbox"/> 不安症 Anxiety | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 Nerve/muscle |
| <input type="checkbox"/> 関節炎 Arthritis | <input type="checkbox"/> 逆流性食道 (胸焼け) GERD (heartburn) | <input type="checkbox"/> てんかん・けいれん Seizures |
| <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma | <input type="checkbox"/> 緑内障 Glaucoma | <input type="checkbox"/> 鎌状赤血球貧血 Sickle cell |
| <input type="checkbox"/> 輸血歴 Blood transfusion | <input type="checkbox"/> 頭痛 Headaches | <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症 Sleep apnea |
| <input type="checkbox"/> 癌 Cancer | <input type="checkbox"/> 心雑音 Heart murmur | <input type="checkbox"/> 脳卒中 Stroke |
| <input type="checkbox"/> 凝固障害 Clotting disorder | <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルス/エイズ HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 Congestive heart failure | <input type="checkbox"/> 高脂血症 Hyperlipidemia (high cholesterol) | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 Ulcers |

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

97-10090	VER: A/18 HIM: 05/18	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	-------------	---	-------------------------------

MICHIGAN MEDICINE

Family Medicine

Health History Questionnaire – Family Medicine - 10 Years of Age and Younger (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

- Other (list) _____
高血圧症 Hypertension (high blood)
Other (list) _____
甲状腺低下症 Hypothyroidism

手術歴 (今までに受けたことのある手術全てに印をつけ、日付けがわかるものに関しては年月日を記入して下さい。) Past Surgical History (Check any surgeries you have had and the date of surgery if you know it)

- 虫垂炎 Appendectomy
眼手術 Eye surgery
小腸手術 Small intestine surgery
脳の手術 Brain surgery
骨折手術 Fracture surgery
脊椎手術 Spine surgery
大腸手術 Colon surgery
ヘルニア修復 Hernia repair
扁桃・アデノイド切除 Tonsillectomy
美容外科 Cosmetic surgery
関節置換術 Joint replacement
人工弁置換 Valve replacement
その他 Other (list) _____
その他 Other(list) _____

薬品 Medication

現在服用している薬(頓服、漢方薬やビタミン剤を含む)があれば、名前、1回の服用量および服用頻度を記入して下さい。 Please list the medications (including PRN, herbal treatments or vitamin supplements) with dose and frequency that you are currently using.

Table with 4 columns: 薬品名 Name, 服用量 Dose, 頻度 Frequency, 理由 Reasons. Includes 4 rows of blank lines for data entry.

薬局 Pharmacy _____

アレルギー Allergies 以下の項目にアレルギー症状が出たことがある人はアレルギーを起こす物質名と症状を出来る限り記入して下さい。 Please List any medication or food that have given you bad reaction in the past.

薬品 To medication _____

食品 To Food _____

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART. DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

MICHIGAN MEDICINE

Family Medicine

**Health History Questionnaire – Family Medicine -
10 Years of Age and Younger (Japanese)**

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

家族歴 Family History

該当する家族歴すべてに印をつけてください。病気にかかった年齢もわかる場合は記入してしてください。また空欄に氏名を記入してください。 Check below to report problems your family members have had. Please state the age when they had the problem if you know it. Please enter the name of the person in the blank. 養子（家族歴不明） Adopted (unknown/incomplete family history).

	Mother / 母	Father / 父	Sister 1 / 姉妹 1	Sister 2 / 姉妹 2	Brother 1 / 兄弟 1	Brother 1 / 兄弟 1	Daughter 2 / 娘 2	Daughter 2 / 娘 2	Son 2 / 息子 2	Son 2 / 息子 2	MGM / 母方祖母	MGF / 母方祖父	PGM / 父方祖母	PGF / 父方祖父	Other / その他
Alcohol abuse / アルコール乱用															
Aneurysm / 動脈瘤															
Asthma / 喘息															
Autoimmune disease / 自己免疫疾患															
Birth defects / 先天性欠損症															
Breast cancer / 乳癌															
Cancer / 癌															
Colon cancer / 大腸癌															
Colon polyps / 大腸ポリープ															
COPD (lung disease) / 慢性閉塞性肺疾患 (肺疾患)															
Deep vein thrombosis / 深部静脈血栓															
Dementia / 認知症															
Depression / うつ病															
Diabetes / 糖尿病															
Heart disease / 心臓病															
High cholesterol / 高コレステロール															
Hypertension / 高血圧															
Kidney disease / 腎臓病															
Mental illness / 精神病															
Osteoporosis / 骨粗鬆症															
Prostate cancer / 前立腺癌															
Pulmonary embolism / 肺塞栓症															
Stroke / 脳卒中															
Thyroid disease / 甲状腺疾患															
Gastric Cancer / 胃癌															
Other (list) / その他															
Other (list) / その他															
Alive (Yes, No or N/A=Not Applicable / 生存 (O) 、死亡 (X)															

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

MICHIGAN MEDICINE

Family Medicine

**Health History Questionnaire – Family Medicine -
10 Years of Age and Younger (Japanese)**

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

生活歴 Social History

運動をしますか？ Do you exercise? はい Yes いいえ No はいの場合、どんな運動をどのくらいの頻度で行うか記述して下さい。(If yes, please comment on type and frequency of exercise):

車に乗る時必ずシートベルトをしますか？ Do you use seat belts consistently? はい Yes いいえ No

自転車に乗るときはヘルメットを使いますか？ Do you use a bike helmet? はい Yes いいえ No

自宅に銃を置いていますか？ Do you have a gun at home? はい Yes いいえ No

近しい人を怖いと思ったことはありますか？ Are you afraid of anyone close to you? はい Yes いいえ No

近しい人から叩かれたり、蹴られたり、押されたり、突き飛ばされたりまたはそれに近い方法で暴行を受けたことがありますか？ Have you been hit, slapped, kicked, pushed, shoved or otherwise physically hurt by your partner or someone close to you? はい Yes いいえ No

近しい人に動揺させられたり、はずかしめられたりすることがよくありますか？ Are you frequently upset, ashamed or embarrassed by someone close to you? はい Yes いいえ No

家族で喫煙する人はいますか？ Does someone in the household smoke? はい Yes いいえ No

現在何年生ですか？ What is your current grade in school? _____

成長発達・学業に関して心配なことはありますか？ Any concerns about school or development?

はい Yes いいえ No

アメリカに来てどのくらいになりますか？ How long have you been living in US? _____年 yr(s) _____ヶ月 mo(s)

今後どのくらいの滞在予定ですか？ How long are you planning to stay in US? _____年 yr(s) _____ヶ月 mo(s)
____永住 Permanently

お子さんが最後に歯科医にかかったのはいつですか？ When was your child's last dental visit? _____

歯磨きは1日何回しますか？ Frequency of tooth brushing per day _____

フッ素摂取について Fluoride intake サプリメント supplement 水道水 tap water

スクリーン（テレビ・コンピューター等）時間 Screen time 一日____時間 hours / per day

追加情報 Additional comments or information :

FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART.
DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

Page 4 of 5

97-10090

VER: A/18
HIM: 05/18

Do Not File



NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT


Replaces: 50-10081

MICHIGAN MEDICINE Family Medicine Health History Questionnaire – Family Medicine - 10 Years of Age and Younger (Japanese)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
--	-------------------------------------

症状：今現在、以下の症状で該当するものがあれば全てに丸を付けて下さい。 Please circle which symptoms you have currently.

症状：Review of Systems		
全身状態 General	発熱 fever 疲れやすい・気力がない decreased/no energy 食欲がない loss of appetite	特に無し None
頭部 Head	頭痛 headache 頭部外傷 injury	特に無し None
目 Eye	視力の低下 visual change 斜視 crossed 目やに discharge 目が赤い redness まぶたの腫れ puffiness	特に無し None
耳 Ear	聴力の低下 difficulty with hearing 耳の痛み pain 耳だれ discharge	特に無し None
鼻 Nose	鼻水 runny nose 鼻づまり nasal congestion 鼻血 nose bleed	特に無し None
口・喉 Mouth/throat	喉の痛み sore throat 物を飲み込むのに問題がある difficulty in swallowing 歯の心配 dental defect	特に無し None
肺 Lung	息切れ shortness of breath 咳 coughing 胸の痛み chest pain 喘鳴（呼吸をする時にヒューヒュー音がする） wheezing 痰 sputum 痰に血が混じる blood in sputum	特に無し None
心臓 Heart	顔色が悪い pale 手足の色が悪い cyanosis 失神 faint 胸（心臓のあたり）の痛み pain over heart 足のむくみ swelling on legs	特に無し None
消化器系 Gastrointestinal	吐き気 nausea 嘔吐 vomiting 下痢 diarrhea 便秘 constipation お腹の張り distention 便に血液が混じる blood in stool	特に無し None
泌尿器系 Genitourinary	排尿時の痛み painful urination 残尿感 urine retention 尿漏れ incontinence 排尿困難 difficulty with urination 尿に血液が混じる blood in urine	特に無し None
筋、骨格系 Musculoskeletal	手足、指の奇形 deformities 関節の痛み joint pain 関節の腫れ joint swelling 歩いたり、手足を動かすのが困難 difficulty in moving extremities or in walking	特に無し None
神経系 Neurologic	めまい dizziness 手足の力が弱い weakness 手の震え hand shakiness けいれん seizures ひどい日中の眠気 excessive daytime sleepiness	特に無し None
皮膚 Skin	発疹 rash かゆみ itching 色の変化 color change あざがでやすい・出血しやすい easy bruising/bleeding ほくろの変化 change in mole	特に無し None
精神系 Psychiatric	気分がむらがある freq. mood change 神経質 nervousness 気分の落ち込み feeling down 夜眠れない unable to sleep at night	特に無し None

_____/_____/_____ (月/日/年) (mm/dd/yyyy)
 この問診表を記入した人の氏名 FOR OFFICE STAFF: COLLECTED INFORMATION MUST BE ENTERED IN MICHART. 記入年月日
 Printed name of person who completed this form DISCARD FORM AFTER ENTRY, USING CONFIDENTIAL RECYCLE. DO NOT SEND TO HIM.

97-10090	VER: A/18 HIM: 05/18	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	-------------	---	-------------------------------