

MICHIGAN MEDICINE Family Medicine Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (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.

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"/> アルコール中毒 Alcoholism | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 COPD (lung | <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 Kidney disease |
| <input type="checkbox"/> アレルギー Allergies | <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 Coronary artery disease | <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 Liver disease |
| <input type="checkbox"/> 貧血 Anemia | <input type="checkbox"/> うつ病 Depression | <input type="checkbox"/> 月経過多 Menorrhagia |
| <input type="checkbox"/> 不安症 Anxiety | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 Myocardial infarction (heart |
| <input type="checkbox"/> 関節炎 Arthritis | <input type="checkbox"/> 憩室炎 Diverticulitis | <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 Nerve/muscle disease |
| <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma | <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 (胸焼け) | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> 輸血歴 Blood transfusion | <input type="checkbox"/> 緑内障 Glaucoma | <input type="checkbox"/> てんかん・けいれん Seizures |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 BPH (benign prostatic | <input type="checkbox"/> 頭痛 Headaches | <input type="checkbox"/> 鎌状赤血球貧血 Sickle cell anemia |
| <input type="checkbox"/> 癌 Cancer | <input type="checkbox"/> 心雑音 Heart murmur | <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症 Sleep apnea |
| <input type="checkbox"/> 白内障 Cataracts | <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルス/エイズ | <input type="checkbox"/> 脳卒中 Stroke |
| <input type="checkbox"/> 凝固障害 Clotting disorder | <input type="checkbox"/> 高脂血症 Hyperlipidemia (high | <input type="checkbox"/> 薬物乱用 Substance abuse |
| <input type="checkbox"/> 大腸せんしゅ腺腫 Colonic adenoma | <input type="checkbox"/> 高血圧症 Hypertension (high blood | <input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 Congestive heart | <input type="checkbox"/> 甲状腺低下症 Hypothyroidism | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 Ulcers |
| <input type="checkbox"/> その他 Other (list) _____ | | |

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 (Please check any surgeries you have had and the date of surgery if you know it)

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

97-10091	VER: B/18 HIM: 12/18	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	--------------------	---	-------------------------------

MICHIGAN MEDICINE Family Medicine Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
--	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> 虫垂炎 Appendectomy	<input type="checkbox"/> 帝王切開 C-Section	<input type="checkbox"/> 前立腺手術 Prostate surgery
<input type="checkbox"/> 肥満外科手術 Bariatric	<input type="checkbox"/> 眼手術 Eye surgery	<input type="checkbox"/> 小腸手術 Small intestine surgery
<input type="checkbox"/> 脳の手術 Brain surgery	<input type="checkbox"/> 骨折手術 Fracture surgery	<input type="checkbox"/> 脊椎手術 Spine surgery
<input type="checkbox"/> 乳房の手術 Breast surgery	<input type="checkbox"/> ヘルニア修復 Hernia repair	<input type="checkbox"/> 扁桃・アデノイド切除 Tonsillectomy Adenoidectomy
<input type="checkbox"/> 冠動脈バイパス術 CABG (bypass)	<input type="checkbox"/> 子宮卵巣摘出術 Hysterectomy (ovaries removed)	<input type="checkbox"/> 卵管結紮術 Tubal ligation (tubes tied)
<input type="checkbox"/> 胆嚢摘出術 Cholecystectomy (gall bladder removal)	<input type="checkbox"/> 子宮摘出・卵巣温存 Hysterectomy (ovaries remain)	<input type="checkbox"/> 人工弁置換 Valve replacement
<input type="checkbox"/> 大腸手術 Colon surgery	<input type="checkbox"/> 関節置換術 Joint replacement	<input type="checkbox"/> 精管切除術 Vasectomy
<input type="checkbox"/> 美容外科 Cosmetic surgery	<input type="checkbox"/> その他 Other (list) _____	

女性のみ記入 For Female Patients Only :

月経について Menstrual History

初潮 Age when period started _____ 歳 years 初潮を迎えていない場合、以下の項目はとばして下さい。

Period has not yet started. *Please skip to next section.*

月経周期 Period cycle _____ days

月経持続日数 Period duration _____ days

月経パターン Period pattern: 規則的 Regular 不規則 Irregular

月経量 Menstrual flow: 軽い Light 普通 Moderate 重い Heavy

月経時使用 Menstrual control method:

パンティライナー Panty liner 軽い日用 Thin pad 普通の日用 Maxi pad 多い日用 Hospital pad

タンポン Tampon その他 Other (specify) _____

交換頻度 How often do you change your menstrual control method? 毎 Every _____ 時間 hours.

月経困難症 (強い痛みを伴う) Dysmenorrhea (painful menstruation) : なし None 軽度 Mild 中度 Moderate 重度 Severe

月経困難症の症状 Dysmenorrhea symptoms (please describe) : _____

閉経開始年齢 Age when menopause started _____ 歳 years

最後に受けた子宮頸がん検診日 (パップスメア) Date of last pap smear _____

子宮頸がん検診異常の有無 History of abnormal pap smears? 無 No 有 Yes

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

97-10091	VER: B/18 HIM: 12/18	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	--------------------	---	-------------------------------

MICHIGAN MEDICINE

Family Medicine

**Health History Questionnaire - Family Medicine -
11 Years of Age and Older (Japanese)**

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

有る場合、どんな異常でしたか。

If yes, what was the abnormality (if known)?

40 歳以上の方、最後の乳がん検診（乳腺マンモグラム）検査日

If over age 40, date of last mammogram (approximate) _____

妊娠歴 Pregnancy History:

無 Never pregnant 有 History of pregnancy 現在妊娠中 Currently pregnant

妊娠回数 Number of pregnancies (G) _____

出産回数 Number of deliveries (P) _____ 早産の回数 Number of preterm deliveries (<37 weeks) _____

正期産 Full term deliveries _____

多胎出産 Multiple birth deliveries _____ 流産・中絶 Miscarriages/abortions _____

お子さんは何人ですか？ Living children _____

コメント（妊娠中の異常） Comments (pregnancy complications): _____

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

Page 3 of 9

97-10091

VER: B/18
HIM: 12/18

Do Not File



NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT

Replaces: 50-10082

MICHIGAN MEDICINE

Family Medicine

**Health History Questionnaire - Family Medicine -
11 Years of Age and Older (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。病気がかった年齢わかる場合は記入してください。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	Sister 2 / 姉妹	Brother 1 / 兄	Brother 2 / 兄	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	PGF / 父方祖	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.

97-10091	VER: B/18 HIM: 12/18	Do Not File	 MICHIGAN MEDICINE UNIVERSITY OF MICHIGAN	NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	-------------	---	-------------------------------

<p>MICHIGAN MEDICINE</p> <p>Family Medicine</p> <p>Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN:</p>
---	--

生活歴 Social History

飲酒 Alcohol

アルコール使用 Alcohol Use いいえ No はい Yes

使用する場合以下の質問に答えて下さい。 If yes, please complete all alcohol-related questions.

どのくらいの頻度でアルコール入りの飲みものを摂取しますか? How often do you have a drink containing alcohol? (please circle one)

全くない Never 月に1回かそれ以下 Monthly or less 月に2から4回 2-4 times a month
週に2、3回 2-3 times a week 週に4回かそれ以上 4 or more times a week
患者は回答を拒否しました Patient refused

普段飲酒するとき、一日で、何杯ぐらい飲みますか。
How many drinks containing alcohol you have on a typical day when you are drinking? (Circle one)

1杯か2杯 1 or 2 3杯か4杯 3 or 4 5杯か6杯 5 or 6
7杯から9杯 7 to 9 10杯かそれ以上 10 or more
患者は回答を拒否しました Patient refused

*アルコール1杯とは:
ビール (5%アルコール濃度) 355 cc
ワイン(12%) 144 cc
日本酒 (15%) 125 cc
焼酎 (25%) 77 cc
ウイスキーなどの蒸留酒(40%) 44cc

一度に6杯かそれ以上飲むことがどのくらいよくありますか? How often do you have six or more drinks on one occasion? (please circle one)

全くない Never 月に一度かそれ以下 Less than monthly 毎月 Monthly 毎週 Weekly
毎日かほとんど毎日 Daily or almost Daily 患者は回答を拒否しました Patient refused

1週間につき飲酒の量は Drinks/Week:

- グラスワイン Glasses of wine _____
- 缶ビール Cans/bottles of beer _____
- スピリッツ・蒸留酒 (ウイスキー、ラム、ジン、ブランデー) Shots of liquor _____
- 0.5オンス (約15ml) 以上のアルコールを含む飲み物* Drinks containing 0.5 oz of alcohol* _____
- アルコール飲料や同等のもの Standard drinks or equivalent _____

1週間のアルコール摂取量 Alcohol/Week:

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

97-10091	VER: B/18 HIM: 12/18	Do Not File	 MICHIGAN MEDICINE UNIVERSITY OF MICHIGAN	NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	--------------------	--	-------------------------------

MICHIGAN MEDICINE

Family Medicine

**Health History Questionnaire - Family Medicine -
11 Years of Age and Older (Japanese)**

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

性生活 Sexual History

現在、性関係がありますか？ Are you sexually active? はい Yes いいえ No 今はない Not currently

はいの場合、相手は？ If yes, is/are your partner(s): 男性 Male 女性 Female 両方 Both

現在使用している避妊方法全てに印をつけて下さい。Type of birth control/protection currently used: (Check all that you use)

セックスをしない Not having sex コンドーム Condom 注射 Injection 子宮内避妊器具 IUD (Intrauterine Device)

経口避妊薬 (ピル) Oral Contraceptives (Pill) パッチ Patch 閉経 Post-menopausal 避妊をしない None
 その他 Other _____

最近新しい性交相手がありましたか？ Do you have a new sexual partner? はい Yes いいえ No

その他の生活歴 Additional 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

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

パートナーまたは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

性的行為を強要されたことはありますか？ Has anyone forced you to have sexual activities?

はい Yes いいえ No

ストレスについて Stress

過去2週間以上、気分の落ちこみ、憂鬱、または絶望を感じたことはありますか？ Over the past 2 weeks, have you felt down, depressed or hopeless? _____

過去2週間以上、物事に対しほとんどやる気がわかない、または楽しめないと感じたことはありますか？ Over the past 2 weeks, have you felt little interest or pleasure in doing things? _____

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

Page 6 of 9

97-10091	VER: B/18 HIM: 12/18	Do Not File	 MICHIGAN MEDICINE UNIVERSITY OF MICHIGAN	NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	-------------	--	-------------------------------

Replaces: 50-10082

<p>MICHIGAN MEDICINE</p> <p>Family Medicine</p> <p>Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN:</p>
---	--

ドラッグ(薬物)とタバコ Drugs and Tobacco

ドラッグを使用しますか? Do you use drugs? はい Yes いいえ No

ドラッグを使用する場合、一週間のどのくらいの頻度で使いますか?

If you use drugs, how many times per week? _____

どんなドラッグを使っていますか? What type(s) of drugs do you use? _____

喫煙に関し以下該当するもの一つに印をつけて下さい。Check one of the following about smoking tobacco:

- 一度も吸った事が無い Never smoked
- 以前は吸っていた Former smoker
- 一週間に何日か吸う Smoke some days
- 毎日吸う Smoke every day
- 受動喫煙 (周りの人が吸う) Exposed to second hand smoke

現在吸っている人、過去に吸っていた人、一日に何本 (何箱) 吸っていますか/いましたか?

If you smoke or used to smoke, how many packs do/did you smoke per day? _____

喫煙歴は何年ですか? How many years did you smoke/have you smoked? _____

禁煙された人はいつ止めましたか? If you quit, when did you quit? _____

禁煙したいですか? Are you ready to quit smoking? はい Yes いいえ No

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.

薬品名 Name	服用量 Dose	頻度 Frequency	理由 Reasons
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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 _____

追加事項: Additional Information

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

97-10091	VER: B/18 HIM: 12/18	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	-------------	---	-------------------------------

MICHIGAN MEDICINE Family Medicine Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (Japanese)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
--	-------------------------------------

職業 Occupation : _____ 雇用主 Employer : _____

結婚歴 Marital status : _____ 配偶者氏名 Spouse's name : _____

子供の数 Number of children : _____

子供の氏名と年齢 Names and ages of your children : _____

家族と一緒に住んでいますか？ Do you live with your family? はい Yes いいえ No

学歴 Years of education : 現在の Currently _____ 学年 grade, または卒業/修業 or completed _____

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 Permanent

健康管理のついて Health Maintenance Information :

最後に受けた破傷風の予防接種はいつですか？ (わかれば) Date of last tetanus vaccine (if known) : _____

最後のインフルエンザの予防接種はいつですか？ When is your last Flu vaccine? _____ 受けた事がない
Never _____

以下の病気にかかったことがあるか、または予防接種を受けたことがある場合は印 (O) をつけて下さい。 Have you had the disease or immunization of

	麻疹 Measles	おたふく Mumps	風疹 Rubella	水痘 Chicken pox	A 型肝炎 HepA	B 型肝炎 HepB
病気 Disease						
予防接種 Vaccine						
免疫なし Not immune						

65 歳以上の喫煙者の方、肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか？ If over age 65, or if you are smoker: Have you had a pneumococcal vaccination (pneumovax)? はい Yes いいえ No

受けた場合、いつ受けましたか？ If yes, approximate date _____

最後に歯科医にかかったのはいつですか？ When was your last dental visit? _____

50 歳以上の方、大腸がん検診を受けたことはありますか？ If over age 50, have you had colon cancer screening?

はい Yes いいえ No はいの方、いつ頃ですか？ If yes, approximate date _____

どんな検査を受けましたか？ Type : 大腸鏡 Colonoscopy 便潜血検査 Stool cards S 状結腸鏡検査
Flexible sigmoidoscopy その他 Other _____

40 歳以上の方、胃がん検診を受けたことはありますか？ If over age 40, have you had gastric cancer screening?

はい Yes いいえ No はいの方、いつ頃ですか？ If yes, approximate date _____

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

97-10091	VER: B/18 HIM: 12/18	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	-------------	---	-------------------------------

MICHIGAN MEDICINE Family Medicine Health History Questionnaire - Family Medicine - 11 Years of Age and Older (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すべ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 歯の問題 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 あざがでしやすさ 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 緊張しやすい tension 気分の落ち込み feeling down 夜眠れない unable to sleep at night	特に無し None

この問診表を記入した人の氏名 _____ / _____ / _____ (月/日/年) (mm/dd/yyyy)
記入年月日 Date

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

97-10091	VER: B/18 HIM: 12/18	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	-------------	---	-------------------------------