

## 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"/> 脳しんとう Concussion               | <input type="checkbox"/> 月経不順 Irregular menses              |
| <input type="checkbox"/> アレルギー Allergies              | <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"/> 貧血 Anemia                    | <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 Coronary artery disease  | <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 Liver disease                 |
| <input type="checkbox"/> 不安症 Anxiety                  | <input type="checkbox"/> うつ病 Depression                 | <input type="checkbox"/> 月経過多 Menorrhagia                   |
| <input type="checkbox"/> 関節炎 Arthritis                | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes mellitus          | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 Myocardial infarction (heart) |
| <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma                    | <input type="checkbox"/> 憩室炎 Diverticulitis             | <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 Nerve/muscle disease        |
| <input type="checkbox"/> 輸血歴 Blood transfusion        | <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 (胸焼け) GERD(heartburn)   | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 Osteoporosis                  |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症BPH (benign prostatic) | <input type="checkbox"/> 緑内障 Glaucoma                   | <input type="checkbox"/> 発作 Seizures                        |
| <input type="checkbox"/> 癌Cancer                      | <input type="checkbox"/> 頭痛 Headaches                   | <input type="checkbox"/> 鎌状赤血球貧血 Sickle cell anemia         |
| <input type="checkbox"/> 白内障 Cataracts                | <input type="checkbox"/> 心雑音 Heart murmur               | <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症 Sleep apnea                |
| <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"/> 脳卒中 Stroke                         |
| <input type="checkbox"/> 大腸せんしゅ腺腫 Colonic             | <input type="checkbox"/> 高脂血症 Hyperlipidemia (high)     | <input type="checkbox"/> 薬物乱用 Substance abuse               |
| <input type="checkbox"/> うっ血性心不全Congestive heart      | <input type="checkbox"/> 高血圧症 Hypertension (high blood) | <input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis                    |
| <input type="checkbox"/> その他 Other (list) _____       | <input type="checkbox"/> 甲状腺低下症 Hypothyroidism          | <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.

Page 1 of 9

97-10091

VER: A/16  
HIM: 11/16

Do Not File



NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT

Replaces: 50-10082

UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM Family Medicine <b>Health History Questionnaire - Family Medicine -          11 Years of Age and Older (Japanese)</b>	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
--	-------------------------------------

**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)

<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 surgery	<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) : \_\_\_\_\_

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: A/16 HIM: 11/16	<b>Do Not File</b>		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	--------------------	---	-------------------------------

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

MRN:  
NAME:  
BIRTHDATE:  
CSN:

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

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): \_\_\_\_\_

**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 2 / 兄弟 2	Daughter 1 / 娘 1	Daughter 2 / 娘 2	Son 1 / 息子 1	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															

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

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

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

	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
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))															

**生活歴 Social History**

**飲酒 Alcohol**

飲酒しますか? Do you ever drink alcohol? いいえNo しない場合は次の項へ進んで下さい。 If no, please skip to the next section.

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

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: A/16 HIM: 11/16	Do Not File		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	-------------	---	-------------------------------

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

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

一週間にどのくらい飲酒しますか？ Please indicate the quantity per week of each:

- ワイングラス Glasses of wine \_\_\_\_\_ 杯 酒 Sake \_\_\_\_\_ 合
- 缶/瓶 ビール Cans/bottles of beer \_\_\_\_\_ 本
- スピリッツ・蒸留酒（ウイスキー・ラム・ジン・ブランデー）など Shots of liquor \_\_\_\_\_ cc/oz 焼酎 Shochu \_\_\_\_\_ 杯
- アルコール飲料（アルコール約15mlを含む） Drinks containing 0.5 oz of alcohol \_\_\_\_\_ 杯

自分で飲み過ぎだなと思うことがありますか？ Have you ever felt that you should cut down on drinking?

はい Yes  いいえ No

人から控えた方がよいと言われたことがありますか？ Have people annoyed you by criticizing your drinking?

はい Yes  いいえ No

自分で飲みすぎに罪悪感を感じることがありますか？ Have you ever felt guilty about your drinking?

はい Yes  いいえ No

朝からお酒を飲むようなことはありますか？ Have you ever had an “eye-opener” (an alcoholic drink first thing in the morning) to help you feel better?  はい Yes  いいえ No

### 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

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

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

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

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らない、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? \_\_\_\_\_

### 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

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

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

MRN: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

BIRTHDATE: \_\_\_\_\_

CSN: \_\_\_\_\_

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

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)

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

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

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

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.



UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM Family Medicine <b>Health History Questionnaire - Family Medicine -          11 Years of Age and Older (Japanese)</b>	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.

<b>症状 : Review of Systems</b>		
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 あざができしやすい・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 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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (月/日/年) (mm/dd/yyyy)  
 この問診表を記入した人の氏名 記入年月日 Date  
 Printed name of person who completed this form

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: A/16 HIM: 11/16	<b>Do Not File</b>		NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT
----------	-------------------------	--------------------	---	-------------------------------