# CONFIDENTIAL PATIENT CASE HISTORY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­

**Please complete this questionnaire. This confidential history will be part of your permanent records. Thank you.**

この質問用紙に記入をお願いします。この記録が保険会社以外の第三者に渡される事はありません。

Name名前: Last姓 First 名

Date of Birth誕生日: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sex性別 □M男　□F女

Address現住所: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State\_\_\_Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home Phone自宅電話: ( ) Work Phone職場電話: (\_\_\_\_\_)

Cell Phone携帯電話: ( ) E-mail: \_\_\_\_\_\_\_

Marital Status 配偶者の有無: □M既婚 □S独身 □D離婚 □W死別

Children’s Ages 子供の年齢: Spouse’s name配偶者の名前:

Your occupation職業: Employer勤務先:

Referred byどなたのご紹介ですか？:

How else did you hear about us? どこでこのクリニックの事を知りましたか？:

Chief Complaint 最も気になっている問題は？:

Duration of the conditionどのくらいの期間その症状が続いていますか？:

Similar Condition in Past過去に似た症状はありましたか？: □Y □N When? いつ?:

What make it worse? 何が症状を悪化させますか？:

What make it better? 何が症状を軽減させますか？:

How is condition? その症状は □Improved回復中 □Unchanged変化無し□Worsen悪化している

This condition interfering withその症状によってさまたげになっている事は?

* Work仕事 □ Sleep睡眠 □ Daily routine activities日常生活 □Otherその他

Have you been treated by anyone? 他の医療機関で治療してもらいましたか？:

Cause of this condition症状の原因は何ですか？:

Any surgical operations and years今まで受けた手術の内容と年:

Home doctor’s name主治医の名前:

Medications; dosage and frequency服用している薬の名前、量、回数:

Have you had any personal injury or auto accident before? 交通事故や他の人身事故にあった事はありますか？ □Y □N

詳細(describe)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **FAMILY HISTORY 家族の病歴**

Within your knowledge, please fill out below. 分かる範囲で家族の病歴を記入してください。

|  |
| --- |
| Relative 　 Age if Living/Age at Death Cause of Death or State of Health Major Illness関係 年齢または死亡時の年齢　　 死因または健康状態　　 持病 |

Father父: 　　　　　/ or

Mother母:　　 / or

Brother(s)兄弟: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_or\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sister(s)姉妹: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_or\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY生活習慣**

Check the boxes and fill in.当てはまるものにチェック、又は記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Weigh体重: Height身長: Recent weight change? 体重の増減は? □Yes　□No If Yes, how much?どれぐらい?:  |

 |

Mental Work Lord 知的労働量:　□Heavy □Moderate □Light　Hours per day

Physical Work Lord 肉体労働量: □Heavy □Moderate □Light　Hours per

Exercise 運動量: □Heavy □Moderate □Light　Hours per day

Smoking 喫煙歴： □Current現在 □Previous以前 Packs/Day No. of year

Alcohol飲酒: □Beer/Week □Liquor/Week □Wine/Week

Caffeine (Coffee, Tea, Cola) カフェイン 　 □Cups/Day 　 No. of years

Aspirin/Opioids 鎮痛剤　No./day　　　　　 No. of years　　　　Others

**Mark the areas of your symptoms on the figure to the right. Use the following symptoms:**

**下の図に下記の記号を使って痛いところをマークしてください。**

 　Aches痛み□□□　Numbnessしびれ○○○　 Pins/Needlesチクチク痛い：：：　Stabbing刺すような痛み/////

(Mark a ○ on the line.) 丸を付けてください。

* Current Pain level. 今の痛みの強さは？

１　２　３　４　５　６　７　８　９　１０

**←None**痛みなし　 　 最悪の痛みMost severe**→**

★Worst pain in the pas？痛みが酷い時はどれぐらいでしたか？

１　２　３　４　５　６　７　８　９　１０

**←None**痛みなし　 　最悪の痛みMost severe**→**

**Signature署名: Date**

**Parent/guardian保護者のサイン： Date**