

患者名/Patient name : _____

診療記録番号/MRN: _____

生年月日/DOB : _____

日付/Date : _____

診療の理由/話し合いたい内容/Reason for Visit/What do you want to talk about : _____

1.患者の既往症/PATIENT HISTORY

今までかかったことのある疾患（症状）、または現在かかっている疾患はありますか?/Have you ever, or do you now have any of the following?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 貧血/anemia | <input type="checkbox"/> 摂食障害/eating problems | <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫（メラノーマ）/melanoma |
| <input type="checkbox"/> 拒食症/anorexia | <input type="checkbox"/> うつ病/depression | <input type="checkbox"/> 生理不順/menstrual problems |
| <input type="checkbox"/> 関節炎/arthritis | <input type="checkbox"/> 糖尿病/diabetes | <input type="checkbox"/> 片頭痛/migraines |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく/asthma | <input type="checkbox"/> てんかんまたは発作/epilepsy or seizures | <input type="checkbox"/> 性感染症/sexually transmitted disease |
| <input type="checkbox"/> がん/cancer | <input type="checkbox"/> 心臓病/heart disease | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患/thyroid problems |
| <input type="checkbox"/> 水疱瘡/chicken pox | <input type="checkbox"/> 高/低血圧/high/low blood pressure | <input type="checkbox"/> その他、具体的に説明してください/other, please list : _____ |

すべての入院歴（外科手術、医療、精神科）とその年度を記入してください/Please list all hospitalizations you have had (surgical, medical, psychiatric) and the year : _____

2. 家族の既往症/FAMILY HISTORY 該当するものは、すべてチェックしてください/If yes, check all that apply :

- | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 乳がん/Breast Cancer | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい/yes | <input type="checkbox"/> 父親/father | <input type="checkbox"/> 母親/mother | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹/sibling | <input type="checkbox"/> その他の血縁関係/other blood relative |
| 結腸がん/Colon Cancer | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい/yes | <input type="checkbox"/> 父親/father | <input type="checkbox"/> 母親/mother | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹/sibling | <input type="checkbox"/> その他の血縁関係/other blood relative |
| 糖尿病/Diabetes | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい/yes | <input type="checkbox"/> 父親/father | <input type="checkbox"/> 母親/mother | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹/sibling | <input type="checkbox"/> その他の血縁関係/other blood relative |
| 遺伝性疾患/Genetic Disorder | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい/yes | <input type="checkbox"/> 父親/father | <input type="checkbox"/> 母親/mother | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹/sibling | <input type="checkbox"/> その他の血縁関係/other blood relative |
| 心臓病/Heart Disease | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい/yes | <input type="checkbox"/> 父親/father | <input type="checkbox"/> 母親/mother | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹/sibling | <input type="checkbox"/> その他の血縁関係/other blood relative |
| 高血圧/High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい/yes | <input type="checkbox"/> 父親/father | <input type="checkbox"/> 母親/mother | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹/sibling | <input type="checkbox"/> その他の血縁関係/other blood relative |
| 高コレステロール/High Cholesterol | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい/yes | <input type="checkbox"/> 父親/father | <input type="checkbox"/> 母親/mother | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹/sibling | <input type="checkbox"/> その他の血縁関係/other blood relative |
| その他のがん/Other Cancer | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい/yes | <input type="checkbox"/> 父親/father | <input type="checkbox"/> 母親/mother | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹/sibling | <input type="checkbox"/> その他の血縁関係/other blood relative |

3. 健康危険度評価/HEALTH RISK ASSESSMENT

アルコールを摂取しますか?/Do you drink alcohol?

- いいえ/no はい/yes

次のページに移動/Go to Next Page

患者名/Patient name : _____

診療記録番号/MRN: _____

生年月日/DOB : _____

日付/Date : _____

はいの場合、1週間に飲む量/If yes, # of drinks per week : _____

喫煙または別の形体でタバコを使用しますか?/Do you smoke or use other forms of tobacco? いいえ/no はい/yes 過去に吸っていた/former

過去に吸っていた場合、止めた日付/If former, quit date : _____

娯楽用/簡単に手に入るドラッグを使用したことがありますか?/Have you ever used recreational/street drugs? いいえ/no はい/yes

処方薬を誤用したことがありますか?/Have you ever misused prescribed drugs? いいえ/no はい/yes

定期的に運動していますか?/Do you exercise regularly? いいえ/no はい/yes

自分の食習慣に満足していますか? Are you satisfied with your eating habits? いいえ/no はい/yes

過去2週間にわたり、物事を行う事に関し、わずかな関心や喜びを何度ぐらい感じましたか? 回答を1つ選択してください。/Over the past two weeks, how often have you had little interest or pleasure in doing things? Select one response.

なし/not at all 数日/several days 2週間の半分以上の日/more than half of the days ほぼ毎日/nearly every day

過去2週間にわたり、物事を行う事に関し、気分の落ち込み、うつ状態、または絶望的な気分を何度ぐらい感じましたか? 回答を1つ選択してください。

なし/not at all 数日/several days 2週間の半分以上の日/more than half of the days ほぼ毎日/nearly every day

家族/大切な人物に影響を及ぼす深刻な問題がありますか?/Are there any significant issues affecting family/significant others? いいえ/no はい/yes

はいの場合、具体的に説明してください/If yes, please explain :

自分の症例に関し、宗教的/文化的な懸念はありますか?/Are there any religious/cultural considerations regarding your care? いいえ/no はい/yes

はいの場合、具体的に説明してください/If yes, please explain :

性感染症に関する質問はありますか?/Do you have any questions about sexually transmitted diseases? いいえ/no はい/yes

性感染症のテストを受けたいですか?/Would you like to be tested for sexually transmitted diseases? いいえ/no はい/yes

学内および/または家で危険を感じるようなことがありますか?/Are you having any experiences on campus and/or at home that make you feel unsafe? いいえ/no はい/yes

4. アレルギーと予防接種/ALLERGIES and IMMUNIZATIONS

Follow My Health アカウントがあり、自分のアカウントの情報の正確性をレビューし、検証している場合を除き、セクション 4 A-B に記入してください。/Please complete section 4 A-B **unless** you have a Follow My Health account and you have reviewed and verified the accuracy of the information in your account.

Follow My Health の詳細に関しては、medical.mit.edu/fmh をご覧ください。/For more information on Follow My Health, please visit medical.mit.edu/fmh

Go to Next Page/次のページに移動/

患者名/Patient name : _____

診療記録番号/MRN: _____

生年月日/DOB : _____

日付/Date : _____

A. アレルギー/Allergies

薬に対するアレルギーはありますか?/Do いいえ/no はい/yes

you have any allergies to medications?

はいの場合、薬と反応を具体的に記載してください/If yes, please list medication(s) and reaction : _____

B. 予防接種/Immunizations

*来院の際には、予防接種情報をお持ちください。/*Please bring any immunization information with you to your appointment.

C. 薬剤/Medications

*来院の際には、投薬情報をお持ちください。/*Please bring any medication information with you to your appointment.

5. 学習ニーズ評価/LEARNING NEEDS ASSESSMENT

以下に当てはまるものがありますか?

/Do you have any of the following:

学習障害?/Learning disabilities? いいえ/no はい/yes

視覚限界?/Visual limitations? いいえ/no はい/yes

聴覚限界?/Hearing limitations? いいえ/no はい/yes

はいの場合、具体的に説明してください/If yes, please explain : _____

6. 身体的な総括事項/REVIEW OF SYSTEMS

現在の症状で以下に当てはまるものがありますか?/Are you currently experiencing any of the following....?

a. 一般/General

疲労 睡眠障害/Trouble 体重の変化 虚弱 発熱
/Fatigue sleeping /Weight changes /Weakness /Fever

痛みを 0~10 の間で度合を示してください (0=無痛、10=深刻な痛み) /Pain, rated on a scale from 0 - 10 (0 = no pain, 10 = worst pain) : _____

b. 機能的評価/Functional assessment

以下の活動の中で、健康上の理由により制限されているものはありますか?/Is your health limited in any of the following activities:

仕事?/Work? いいえ/no はい/yes 適度な運動? いいえ/no はい/yes

/Moderate exercise?

日常的な雑用?/Daily いいえ/no はい/yes 激しい運動? いいえ/no はい/yes

Go to Next Page/次のページに移動/

患者名/Patient name : _____

診療記録番号/MRN: _____

生年月日/DOB : _____

日付/Date : _____

chores?

/Vigorous exercise?

はいの場合、具体的に説明してください/If yes, please explain : _____

c. 肌/Skin

- 発疹/Rashes かゆみ/Itching 色の変化/Color changes しこり/Lumps 乾燥/Dryness 毛髪・爪の変化/Hair and nail changes

d. 頭部/Head

- 頭痛/Headache 頭部外傷/Head injury

e. 耳/Ears

- 耳痛/Earache 耳鳴り/Tinnitus 耳漏/Drainage 聴力低下/Decreased hearing

f. 眼/Eyes

- 視覚/Vision 閃光/Flashing lights 白内障/Cataracts めがね/コンタクト/Glasses/contacts ぼやけ、または複視/Blurry or double vision
- 痛み/Pain 斑点/Specks 赤み/Redness 緑内障/Redness 最後の眼科検診/Last eye exam : _____

g. 鼻/Nose

- かゆみ/Nose 鼻血/Nosebleeds 鼻づまり/Stuffiness 鼻汁/Discharge 花粉症/Hay fever 副鼻腔の痛み/Sinus pain

h. 喉/口腔/Throat/ Mouth

- 歯/Teeth 舌の痛み/Sore tongue 口腔カンジダ症/Thrush 歯茎/Gums 口渇/Dry mouth 治りにくいただれ/Non-healing sores
- 出血/Bleeding 喉の痛み/Sore throat 義歯/Dentures 嗄声/Hoarseness 最後の歯科検診/Last dental exam : _____

i. 頸部/Neck

- しこり/Lumps 痛み/Pain 腺の腫れ/Swollen glands 凝り/Stiffness

j. 胸部/Breasts

- しこり/Lumps 鼻汁/Discharge 授乳/Breastfeeding 痛み/Pain

k. 呼吸器関連/Respiratory

- 咳/Cough 喀血/Coughing up blood 喘鳴/Wheezing
- 粘液/Mucus 息切れ/Shortness of breath 呼吸に痛みが伴う/Painful breathing

l. 心臓血管関連/Cardiovascular

- 胸痛または不快感/Chest pain or discomfort 臥位での呼吸が困難/Difficulty breathing lying down 胸苦しさ/Tightness 動悸/Palpitations
- 息切れを伴う睡眠からの突然の覚醒/Sudden awakening from sleep with shortness of breath 活動中の息切れ/Shortness of breath with activity 腫れ/Swelling

Go to Next Page/次のページに移動/

患者名/Patient name : _____

診療記録番号/MRN: _____

生年月日/DOB : _____

日付/Date : _____

m. 消化器関連/Gastrointestinal

- | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 下痢/Diarrhea | <input type="checkbox"/> 便秘
/Constipation | <input type="checkbox"/> 食欲の変化
/Change in appetite | <input type="checkbox"/> 吐き気
/Nausea | <input type="checkbox"/> 眼または肌の黄ばみ
(黄疸)
/Yellow eyes or skin
(jaundice) | <input type="checkbox"/> 排便習慣の変化
/Change in bowel habits |
| <input type="checkbox"/> 胸焼け
/Heartburn | <input type="checkbox"/> 直腸出血/Rectal
bleeding | <input type="checkbox"/> 嚥下困難/Swallowing difficulties | | | |

n. 泌尿器関連/Urinary

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 頻度の増加/Urinary | <input type="checkbox"/> 排尿の制御の喪失/Loss of control of
urine | <input type="checkbox"/> 尿の強さの変化/Change in urinary
strength |
| <input type="checkbox"/> 尿意切迫/Urgency | <input type="checkbox"/> しゃく熱感、または痛み/Burning or
pain | <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる (血尿) /Blood in
urine (hematuria) |

o. 生殖器関連/Genital

男性/Male

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ヘルニア
/Hernia | <input type="checkbox"/> 性交時の痛み
/Pain with sex | <input type="checkbox"/> 性器の痛み
/Genital sores | <input type="checkbox"/> 陰茎分泌物/Penile discharge | <input type="checkbox"/> 勃起不全/Erectile
dysfunction |
| <input type="checkbox"/> 性感染症 (STD) /STD's : | | | <input type="checkbox"/> 陰嚢内腫瘍または痛み
/Scrotal masses or pain | |

女性/Female

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 性交時の痛み
/Pain with sex | <input type="checkbox"/> 火照り/Hot
flashes | <input type="checkbox"/> 膣のかゆみ、または発
疹/Vaginal itching or
rash | <input type="checkbox"/> 膣の乾燥/Vaginal
dryness | <input type="checkbox"/> おりもの/Vaginal
discharge |
| <input type="checkbox"/> 性感染症 (STD) /STD's : | | <input type="checkbox"/> 最後の生理日/Last menstrual period : | | <input type="checkbox"/> 性器の痛み/Genital
sores |

p. 血管関連/Vascular

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 歩行時のふくらはぎの痛み/Calf
pain with walking | <input type="checkbox"/> こむら返り/Leg
cramping |
|---|--|

q. 筋骨格関連/Musculoskeletal

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 腰痛/Back pain | <input type="checkbox"/> 凝り/Stiffness | <input type="checkbox"/> 関節の腫脹
/Swelling of joints | <input type="checkbox"/> 外傷
/Trauma | <input type="checkbox"/> 関節の赤み
/Redness of
joints | <input type="checkbox"/> 筋肉痛または
関節痛/Muscle
or joint pain |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|---|--|

r. 神経学関連/Neurologic

- | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> めまい
/Dizziness | <input type="checkbox"/> 虚弱/Weakness | <input type="checkbox"/> 麻痺/Numbness | <input type="checkbox"/> 震え
/Tremor | <input type="checkbox"/> 発作
/Seizures | <input type="checkbox"/> うずき
/Tingling | <input type="checkbox"/> 失神
/Fainting |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|--|

s. 血液学関連/Hematologic

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> あざができやすい/Ease of bruising | <input type="checkbox"/> 出血しやすい/Ease of bleeding |
|--|--|

t. 内分泌物関連/Endocrine

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高熱/寒冷不耐性/Heat or cold
intolerance | <input type="checkbox"/> 頻尿/Frequent
urination | <input type="checkbox"/> 発汗
/Sweating | <input type="checkbox"/> 喉の
渇き
/Thirst | <input type="checkbox"/> 食欲の変化/Change in
appetite |
|---|---|--|--|--|

Go to Next Page/次のページに移動/

患者名/Patient name : _____

診療記録番号/MRN: _____

生年月日/DOB : _____

日付/Date : _____

u. 精神科関連/Psychiatric

- ストレス /Stress 物忘れ /Memory loss 神経質 /Nervousness うつ病/Depression

MIT コミュニティにおける皆様の健康とウェルネスは、MIT メディカルの私たちにとって重要です。MIT メディカルでは以下を推奨しています/The health and wellness of everyone in the MIT community is important to us at MIT Medical. We recommend the following :

- STD のリスクや望まない妊娠を低下させるため、性行為の最中にはコンドームを使用する/Condom use during sexual activity to reduce the risk of STDs and unintended pregnancy
- けがや死亡のリスクを低下させるため、マサチューセッツ州法で定められている自動車の安全ベルトを着用する/Use of automobile safety belts to reduce the risk of injury or death, which is the law in Massachusetts
- けがのリスクを低下させるため、自転車、ローラーブレード、スケートボードなどを使用する際はヘルメットを着用する/Use of helmets while bicycling, rollerblading, skate boarding, etc. to reduce the risk of injury
- 火災によるけがや損傷のリスクを低下させるため、家に煙探知機を設置する/Home smoke detectors to reduce the risk of injury or damage from a fire
- 屋外で日差しを浴びる際には、自分や子供に SPF15 以上の日焼け止めを使用する/Use of sunscreen SPF 15 or higher for you and your children when in the outdoor sun

患者名 (楷書) /Patient Name (PRINT) : _____

生年月日/DOB : _____

患者の署名/Patient Signature : _____

日付/Date : _____

医療提供者の署名/Provider Signature : _____

日付/Date : _____