



Manhattan Wellness Medical Care

15 W 44th St, 10th Fl
New York, New York 10036
(212)575-8910

3010 Westchester Ave. Suite #401
Purchase, NY 10577
(914)305-8555

Medical History Form

既往歴

Date 日付: \_\_\_\_\_

Name 名前: \_\_\_\_\_ Age 年齢: \_\_\_\_\_

Date of Birth 生年月日: \_\_\_\_\_

Reason for Visit Today 疾病又は傷害の内容: \_\_\_\_\_

Current & Past Medical Problems (Conditions and Dates of Diagnosis) 治療中・過去の病気 (病名・年): \_\_\_\_\_

Current Medications & Doses (Prescribed, non-Prescribed, Herbal) 服用している薬、漢方、健康食品、ビタミン: \_\_\_\_\_

Allergies (Medications/Latex/Food) アレルギー (薬・食べ物・ゴム): YES/NO \_\_\_\_\_

Past Hospitalizations (Conditions and Dates and Hospital) 入院 (病名・年・病院名): \_\_\_\_\_

Past Surgeries (Conditions and Dates and Hospital) 手術 (病名・年・病院名): \_\_\_\_\_

Significant Injuries 事故・怪我: \_\_\_\_\_

Current/Recent Healthcare Providers (Specialty and Hospital) 現在掛かっている担当医・専門医 (病院名): \_\_\_\_\_

Family History: (Father, Mother, Siblings, Paternal/Maternal Grandparents) 家族歴 (父・母・兄妹・祖父・祖母)
Relationship and Age of Diagnosis (関係と診断された年齢)

Cancer (Type) 癌 (病名): \_\_\_\_\_

Heart Disease/Stroke 心臓病・脳梗塞: \_\_\_\_\_

Diabetes 糖尿病: \_\_\_\_\_

Mental Disease/Addiction 精神病・依存症: \_\_\_\_\_

Asthma/Eczema 喘息・アトピー: \_\_\_\_\_

Other その他: \_\_\_\_\_

Current Household Members (any pets?) 同居者 (ペット込): \_\_\_\_\_

Occupation (any safety hazards?) 職業 (職業上の危険): \_\_\_\_\_

Smoking 喫煙: Y/N Current/Past 現・過 \_\_\_\_\_ Packs a Day for \_\_\_\_\_ Years 1日 \_\_\_\_\_ 箱を \_\_\_\_\_ 年間

Alcohol アルコール: Y/N \_\_\_\_\_ Drinks of \_\_\_\_\_ per Day/Week/Month 種類 \_\_\_\_\_ 1回の量 \_\_\_\_\_ 週に何回 \_\_\_\_\_

Drugs ドラッグ: Y/N Current/Past 現・過 Type 種類: \_\_\_\_\_

Exercise 運動: Y/N \_\_\_\_\_ min/day \_\_\_\_\_ days a week/month 1回 \_\_\_\_\_ 分を週に \_\_\_\_\_ 回

Last Checkup (mo/yr) 健康診断受診日: \_\_\_\_\_ Pap/Mammo (mo/yr) 婦人科検診日: \_\_\_\_\_

Colonoscopy (mo/yr) 内視鏡検査受診日: \_\_\_\_\_ 過去にピロリ菌治療: 有・無

Vaccines in the last 10 years (type and mo/yr) 過去十年に受けた予防接種 (種類・月年): \_\_\_\_\_

Last Menstrual Period 最終月経日: \_\_\_\_\_

## PEDIATRIC 小児用

Has your child had these problems currently or recently (few weeks)?  
現在や最近（数週間）に症状はありますか？

Please circle.

○して下さい。

### Constitutional

Fevers  
Poor weight gain  
Abnormal weight gain/loss  
Tires easily  
Other

体質  
熱  
体重増加不良  
体重の変動  
疲れやすい  
その他

### Eyes

Red eyes  
Crossed eyes  
Discharge  
Other

目  
充血  
斜視  
目やに  
その他

### Ear, Nose, and Throat

Hearing loss  
Ear discharge  
Ear infections  
Runny nose/Congestion  
Nose bleeds  
Sore Throat  
Noisy breathing/Snoring  
Other

耳鼻喉  
難聴  
耳漏・みみだれ  
中耳炎  
鼻水  
鼻血  
喉の痛み  
いびき  
その他

### Cardiovascular

Heart Murmur  
Turning blue with feeding/activity  
Swelling of Hands/Feet  
Other

心血管  
心雑音  
唇や指先が紫色になることがある  
手足のむくみ  
その他

### Respiratory

Cough  
Shortness of breath  
Asthma  
Other

呼吸  
咳  
息切れ  
喘息（ぜんそく）  
その他

### Gastrointestinal

Vomiting  
Diarrhea/Constipation  
Bleeding  
Jaundice  
Other

消化  
嘔吐  
下痢・便秘  
血便・潜血  
黄疸（おうだん）  
その他

### Genitourinary

Straining  
Blood in urine  
Discharge  
Urinary tract infections  
Other

泌尿  
排尿時にいきむ  
血尿  
おりもの  
膀胱炎歴がある  
その他

None of the above

上記該当なし

Name 名前:

Date 日付:

### Musculoskeletal

Joint swelling  
Weakness  
Problem Walking  
Other

筋肉や関節  
関節炎  
筋無力  
歩行の問題  
その他

### Skin

Rash  
Change in Mole  
Eczema  
Other

皮膚  
発疹  
ほくろの変化  
アトピー  
その他

### Neurologic

Seizures  
Fainting  
Staring spells  
Other

神経  
痙攣（けいれん）  
失神  
ぼんやりすることがある  
その他

### Psychiatric

Speech delay  
Irritability  
Sleep disturbance  
Other

精神  
言語遅滞  
イライラしている  
睡眠の問題  
その他

### Endocrine

Excessive sweating  
Ambiguous genitalia  
Other

内分泌  
汗をよくかく  
性器の異常・両性的性器  
その他

### Hematologic/Lymphatic

Easy bruising  
Anemia/Pale  
Swollen lymph nodes  
Frequent infections  
Other

血液・リンパ腺  
あざがでやすい  
貧血・顔色が悪い  
リンパ腺の炎症  
病気になりやすい  
その他

### Men Only

Genital swelling  
Weak urinary stream  
Other

男性  
陰部のむくみ  
尿の勢いが少ない  
その他

### Women Only

Vaginal discharge  
Nipple discharge  
Vaginal bleeding  
Other

女性  
おりもの  
乳汁  
膣からの出血  
その他