



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