

病歴

いいえ    はい

- 入院を要する病気やケガをしたことがありますか
- 高血圧で治療の経験がありますか
- 心不全や狭心症がありましたか
- 不整脈がありましたか
- リウマチ性弁膜症
- 先天性心疾患がありますか
  
- 喫煙歴：現在も吸う     止めた
- 喘息の既往がありますか
- 慢性気管支炎や肺気腫がありますか
- 結核：診断日（月 / 年） \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    治癒（月 / 年） \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 長引く熱
- 慢性の咳
- 寝汗
- 急激な体重減
  
- 学習能力、知能、自己管理、記憶力、コミュニケーションなどの著しい問題がありますか
- 精神的疾患（そううつ病、うつ病、統合失調症、知的発達障害、PTSD、を含む）
- 医療目的以外の薬物の多用の経験がありますか
- 薬物依存又は中毒の経験がありますか
- アルコール依存症又は中毒の経験がありますか
- 精神的疾患、あるいはアルコールや薬物中毒の結果、他人に重大な危害を加えたり、他人の財産に大きな損害を与えたことはありますか。また、法的責任を問われたことはありますか
- 自殺を考えたことがありますか
- 自殺を試みたことがありますか
- 他人を傷つけようと考えたことがありますか
- 他人に危害を加えようとしたことがありますか
  
- 脳血管障害がありますか
- てんかんの経験がありますか

いいえ はい

- 現在妊娠中ですか 出産予定日 (月/日/年) \_\_\_\_\_
- 出産歴 子供の誕生日 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_
- 性病にかかったことがありますか 治療開始日 \_\_\_\_\_ 治療法 \_\_\_\_\_
- 軟性下疳
- 淋病
- 鼠径部肉芽腫
- 性病性リンパ肉芽腫
- 梅毒
  
- 糖尿病にかかったことはありますか
- 甲状腺の病気にかかったことがありますか。
  
- 過去に貧血がありましたか
- 鎌状赤血球貧血
- サラセミア貧血
- その他の血液疾患
  
- HIVに感染したことがありますか 治療中であれば、検査日 (月/年) \_\_\_\_\_
- メガネやコンタクトをしていますか
- 悪性の腫瘍 (癌) になったことがありますか。
- 慢性の腎臓病がありますか。
- 慢性の肝臓病がありますか。
- ハンセン病にかかったことがありますか。 診断日 (月/年) \_\_\_\_\_ 治癒 \_\_\_\_\_
- その他の治療を要する健康上の問題がありますか。
- 手足に疾患がありますか
- 今までに、飲酒運転で捕まったことがありますか