

# EDGEWATER FAMILY CARE CENTER

PACIFIC MEDICAL ASSOCIATES, P.C.

725 RIVER RD. #202 EDGEWATER, NJ 07020

Tel: 201-943-4040 Fax: 201-941-4599

## 検診申込書 (定期健康診断・一般診療)

APPLICATION FORM (ANNUAL HEALTH EVALUATION・OFFICE VISIT)

	( ) New Patient, ( ) Est. Patient	TODAY'S DATE / /
NAME :	(Last)	(First)
名前 :	(漢字)	SEX : ( ) Male / ( ) Female
生年月日 (DOB) :	/ /	SSN : - -
	月 日 年	
HOME ADDRESS :		
米国での住所		
	Tel:	Fax: Cel:
	E-mail address:	
ADDRESS IN JAPAN		
日本での連絡先		
	Tel:	Fax:
GURANTOR :	(Last)	(First) DOB
世帯主		
続柄 :	( ) Self, ( ) Spouse, ( ) Parent, ( ) Child, ( ) Others	
EMPLOYER:		
ADDRESS:		
	Tel:	Fax:
定期健康診断を受診の方へ		
EXAM DATE :	(1) / /	(2) / /
EXAM ITEM : Package :	A, B, C, D, E, F, ( ) 会社御契約コース	
ADDITIONAL EXAM REQUEST:		
その他、特別希望検査項目があれば記載して下さい。		
一般外来の方へ/ Out-patient-visit		
検査の結果はどのような方法でお伝えしたらよいでしょうか? (希望するもの全てに✓)		
How can we report your result? (Please check all that apply.)		
<input type="checkbox"/> home phone	<input type="checkbox"/> work phone	<input type="checkbox"/> cell phone <input type="checkbox"/> mail
不在の場合、結果を留守電に残してもよいですか?		
Can we leave the result on the voice mail/answering machine?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

**EDGEWATER FAMILY CARE CENTER**  
**Pacific Medical Associates, P.C.**

725 River Road #202  
Edgewater, NJ 07020  
TEL 201-943-4040  
FAX 201-941-4599

人間ドック 同意書

Edgewater Family Care Center 殿

私は、人間ドックの意義及びその限界を理解し、別紙の「同意書記入について」を熟読し、私が受ける事を希望した検査に関する検査方法、危険性、合併症などについて納得した上で、それぞれの検査を受ける事に同意致します。

年 月 日

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_

保証人 : \_\_\_\_\_

Today's date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

Name: \_\_\_\_\_.

Date of Birth: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

1. When was your last physical check up? (year/month) 最後に健診を受けた時期: \_\_\_年/\_\_\_月  
 Was there any abnormal result then? 異常の有無 ----- Yes / No  
 If yes, please describe 異常についての詳細;
  
2. Do you have any symptoms you are concerned about? (Please check page 2.)  
 今気になる症状を次ページにご記入下さい。
  
3. Do you have any medical illness or past medical/surgical history? If yes, please describe. ----- Yes / No  
 現在治療中を含む既往病歴 (例: 45歳より高血圧治療中。25歳に腎炎、完治。)
  
4. Please list all your current medication/supplements. 常用している薬、或いはサプリメント。
  
5. Do you have any allergies? If yes, please describe. ----- Yes / No  
 薬、食べ物にアレルギーはありますか?
  
6. Do you smoke? 喫煙について。
  - I have never had smoking habit. もともと吸わない。
  - I quit smoking in \_\_\_\_\_. I smoked \_\_\_ per day for \_\_\_ years.  
 \_\_\_\_\_年頃禁煙した。それまで、1日 \_\_\_本を\_\_\_\_\_年間
  - I smoke currently \_\_\_ per day for \_\_\_ years. 喫煙中 \_\_\_\_\_本/日を\_\_\_\_\_年間
  
7. Do you drink alcohol on regular basis? 飲酒の習慣 ----- Yes / No  
 If yes, please describe (ex. Beer 2 can daily). ある場合、その頻度(例: 1日ビール一缶)
  
8. Do you exercise on regular basis? 定期的な運動をしていますか? ----- Yes / No  
 If yes, please describe (ex. Jogging for one hour, 3 times a week. 例: ジョギング 1時間、週3回).
  
9. Do your family members have any medical/surgical history? 血縁家族の既往歴----- Yes / No  
 If yes, please describe (ex. Father; Hypertension. 例: 父-高血圧、糖尿病、母 - 胃癌).
  
10. Who do you live with?  
 同居家族
  
11. How long have you been in the US?(if applicable) アメリカ滞在年数 \_\_\_\_\_ years

Please circle your current symptoms. 自覚症状に○を付けて下さい。

Weight gain / loss _____ lbs during _____ years. この _____ 年間で体重が _____ kg 増加 / 減少。			
Fever 微熱	Night sweats 寝汗	Fatigue 倦怠感	
Heart rushing 動悸	Chest pain 胸痛	Short of breath 息切れ	
Lost consciousness 失神		Irregular heart beat 脈の乱れ	
Abdominal pain when stomach is empty 空腹時胃痛		Abdominal pain after eating 食後胃痛	
Loss of appetite 食欲不振	Nausea 吐き気	Vomiting 嘔吐	Heart burn 胸やけ
Excessive burping ゲップ	Diarrhea 下痢	Constipation 便秘	
Bleeding during defecation 排便時の出血		Black stool 黒っぽい便	
Cough or phlegm for more than 1 month 咳や痰が1ヶ月以上続く		Throat discomfort のどの違和感	Hoarseness 声枯れ
Sneezing or nasal discharge more than 1 month くしゃみや鼻水が1ヶ月以上続く		Wheezing 息をすると ゼイゼイいう。	Blood in sputum 血混じりの痰がでる
Require straining for urination 排尿に労力を要す		Frequent urination 頻尿	Painful urination 排尿痛
Residual feeling after urination 残尿感がある		Blood in urine 血尿	
Neck or shoulder stiffness 首・肩がよく凝る		Painful or swollen joints 関節の痛み・腫れ	
Hand stiffness more than 30 minutes 30分以上の手のこわばり			Back pain 腰・背中の痛み
Severe headache 頭痛	Blurred vision かすみ目	Painful eye 目の痛み	Hearing loss 難聴
Tinnitus 耳鳴り	Dizziness めまい	Numbness or tingling in limbs 手足のしびれ	
Loss of concentration 集中力低下	Loss of interest 興味心の喪失	Depressed feeling 気分が沈みがち	
Irritable feeling いらいらする	Difficult to fall asleep 寝付が悪い	Frequent wake-up at night 夜中に何度も目が覚める	
Have been under stress at work / home 家庭／職場でのストレスがたまっている			

Others 他に特記すべきことがあればご記入下さい。

