

24/7/365 TRANSLATED MEDICAL PROTECTION ABROAD

English/Japanese

英語/日本語



GLOBAL HEALTH
PASSPORT

Forging Safer Travel

:: EASY TO USE ::

ABOUT THIS BOOKLET

この小冊子について

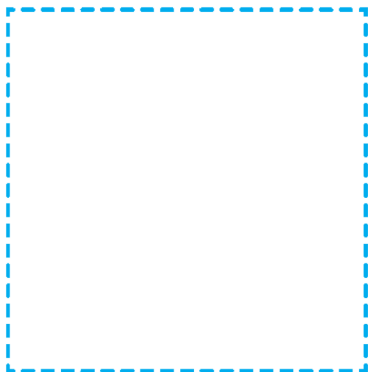
This booklet contains your private health information. Please keep it safe. この小冊子にはあなたの個人的な健康情報が含まれています。安全に保管してください。

Use the Quick Reference guide in this booklet for quick access. この小冊子の早見表を使って、さっと内容を確認してください。

Carry your Global Health Passport with you at all times when you travel. 旅行中は常にグローバルヘルスパスポートを携帯してください。

A separate Global Health Passport is recommended for each individual traveler, including infants and children. 乳幼児や子供を含む旅行者一人ひとりに、個別のグローバルヘルスパスポートをお勧めします。

Affix a passport photo below to help medical personnel with individual identification. 医療関係者が個人の身分を特定できるように、この下にパスポート写真を添付してください。



Global Health Passport.com

ISBN 13: 978-0-9977050-3-4

© 2020 Global Health Passport, LLC. All rights reserved.

不許複製・禁無断転載。

GLOBAL HEALTH PASSPORT

グローバルヘルスパスポート

Your country of Origin 出生国

Your physician's Name 医師名

Your physician's Phone/e-mail 医師電話/Eメール

Have you had other foreign travel recently? 最近、当国以外の外国へ旅行しましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If YES, please list all countries of recent travel 「はい」と答えた場合、最近旅行した国をすべて記載してください。

Please list all countries which you will be visiting in the next few days/weeks/months 数日/数週間/数か月以内に訪問予定の国をすべて記載してください。

DISCLAIMER

免責事項

Although this form is detailed, it is neither a comprehensive nor an exhaustive listing of all possible pre-existing or current medical or dental conditions, or potential medical or dental clinical emergencies which patients may encounter and present with in a healthcare setting.

The ultimate responsibility for conveying an accurate and a complete medical history and accurate and complete patient symptoms to healthcare personnel during a healthcare visit, including a medical emergency lies with the patient or the patient's legal guardian.

As such, by using the Global Health Passport form, you release Global Health Passport, LLC from any legal liability arising from its usage, including but not limited to any current or future untoward consequences due to an omission, error, or miscommunication directly or indirectly arising as a result of having used the Global Health Passport formulary.

This document is being provided as is and Global Health Passport, LLC disclaims any warranty of merchantability or fitness for a particular purpose in connection with your purchase and use of this document.

このフォームは詳細ですが、既存または現在のすべての可能性のある医学的または歯科的状態、あるいは患者が医療現場で遭遇し、提示する可能性のある潜在的な医学的または歯科的臨床的緊急事態の包括的または網羅的なリストではありません。

医療緊急事態を含む、医療訪問中に医療従事者に正確で完全な病歴と正確で完全な患者の症状を伝える最終的な責任は、患者または患者の法定保護者にあります。

そのため、Global Health Passportフォームを使用することにより、Global Health Passport, LLCを、その使用から生じる法的責任から解放します。これには、直接的または間接的な脱落、エラー、または誤解による現在または将来の不利な結果が含まれますが、これらに限定されません。グローバルヘルスパスポートの処方集を使用した結果として発生します。

このドキュメントは現状有姿で提供されており、Global Health Passport, LLCは、このドキュメントの購入および使用に関連する商品性または特定の目的への適合性についての保証を否認します。

QUICK REFERENCE

早見表

Abdomen	腹部	
Medical History	病歴	16 - 17
Current Symptoms	現在の症状	27 - 29
Allergies	アレルギー	9
Chest/Thorax	胸部	
Medical History	病歴	15 - 16
Current Symptoms	現在の症状	20 - 24
Dental Section	歯科領域	34 - 36
Genitourinary	尿生殖器	
Medical History	病歴	17
Current Symptoms	現在の症状	29 - 30
Head and Neck	頭頸部	
Medical History	病歴	15
Current Symptoms	現在の症状	24 - 27
Medications	薬剤	10
Men's Health	男性の健康	
Medical History	病歴	18
Current Symptoms	現在の症状	31
Musculoskeletal	筋骨格系	
Medical History	病歴	19
Current Symptoms	現在の症状	32 - 33
PRE-CT	CT検査前の調査	7 - 8
PRE-MRI	MRI検査前の調査	12 - 14
Skin	皮膚	
Medical History	病歴	19
Current Symptoms	現在の症状	34
Surgical History	手術歴	11 - 12
Women's Health	女性の健康	
Medical History	病歴	17 - 18
Current Symptoms	現在の症状	30 - 31
Zica / Dengue Fever	ジカ熱/デング熱	6 - 7

PASSPORT INSTRUCTIONS

パスポートの使い方

Global Health Passport is divided into three sections: グローバルヘルスパスポートは3つのセクションに分かれています。

- ☐ Section I. Medical History (pp. 7-19). 第1セクション 病歴 (7-19頁)
- ☐ Section II. Current Medical Symptoms (pp. 6-7 & 20-34). 第2セクション 現在の医療症状 (6-7&20-34頁)
- ☐ Section III. Current Dental Symptoms (pp. 34-36). 第3セクション 現在の歯科症状 (34-36頁)

Fill out your Global Health Passport グローバルヘルスパスポートに記入してください。

☐ Step 1 ステップ1

Fill out all of Section I (Medical History). 第1セクション (病歴) に記入してください。

Check mark (✓) all the boxes that apply to your medical history. あなたの病歴に関連するすべての項目にチェック「✓」を入れてください。

☐ Step 2 ステップ2

Fill out Section II (Current Medical Symptoms) if you are currently having medical symptoms or issues. 医療症状または問題の場合、第2セクション (現在の医療症状) に記入してください。

Check mark (✓) all the boxes that relate to your current medical symptoms or issues. 現在の医療症状または問題に関連するすべて項目にチェック「✓」を入れてください。

☐ Step 3 ステップ3

Fill out all of Section III (Current Dental Symptoms) even if you are just having a dental check up or a dental cleaning. 歯科検診または歯のクリーニングの場合だけでも、第3セクション (現在の歯科症状) のすべての□にチェックを入れてください。

Make sure that Section I has been completely filled out. 第1セクションには記入漏れがないように確認してください。

EMERGENCY PHRASES

緊急時のフレーズ

Use these phrases in a medical or dental emergency. 次のフレーズは、医療または歯科の緊急時に使用してください。

Medical Emergency 医療緊急問題

- ☐ I'm having a medical emergency. 私は医療緊急問題が発生しました。
- ☐ Please take me to the nearest hospital. 最寄りの病院に連れて行ってください。
- ☐ Please call a cab for me. タクシーを呼んでください。
- ☐ Please call the local 3-digit emergency phone number for me. 私のためにこの地域の3桁の緊急連絡先に電話してください。
- ☐ Please give me the 3-digit emergency phone number used here. この地域の3桁の緊急電話番号を教えてください。

Dental Emergency 歯科緊急問題

- ☐ I'm having a dental emergency. 私は歯科緊急問題が発生しました。
- ☐ Please take me to a dentist's office. 歯科医院に連れて行ってください。
- ☐ Please direct me to the nearest dentist. 最寄りの歯科医にご案内ください。

My information 私について

- ☐ This booklet contains my personal medical history. この小冊子には私の個人的な病歴が記載されています。
- ☐ Please use my medical information provided in this booklet. この小冊子に記載されている私の医療情報をご利用ください。
- ☐ My allergies are listed on page 9 of this booklet. 私のアレルギーはこの小冊子の9ページに記載されています。
- ☐ I don't speak the local language. 私はこの地域の言葉ができません。

FEMALES / ZICA

女性のみ / ジカ熱

Are you pregnant? 妊娠している可能性はありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

When was your last menstrual period? 最後の月経はいつでしたか？ _____

Do you currently have? 現在以下の症状がありますか？

- ☐ Fever 発熱
- ☐ Rash 発疹
- ☐ Joint pain 関節痛
- ☐ Conjunctivitis (pink eye) 結膜炎 (はやり目)

Have you had any recent insect bites? 最近虫に刺されましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

If yes, what type of insect? 「はい」の場合、どのような虫ですか？

☐ Mosquito 蚊 ☐ Spider クモ ☐ Tick ダニ

DENGUE FEVER

デング熱

Have you had a recent mosquito bite? 最近蚊に刺されましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Are you pregnant? 妊娠している可能性はありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you currently have? 現在以下の症状がありますか？

- ☐ Sudden high fever (40°C/104°F) 突発性の高熱 (40° C / 104° F)
- ☐ Severe headaches 重度の頭痛
- ☐ Pain behind the eyes 目の後部の痛み
- ☐ Severe joint and muscle pain 重度の関節痛および筋肉痛
- ☐ Nausea 悪心

- ☐ Vomiting 嘔吐
- ☐ Swollen lymph nodes リンパ節腫脹
- ☐ Skin rash 皮疹

CAUTION 注意

- ☐ Fever dropping below 38°C/100°F 熱が38° C/100° F未満に下がる
- ☐ Severe abdominal pain 重度の腹痛
- ☐ Persistent vomiting 持続する嘔吐
- ☐ Blood in your urine, stools, or vomit 尿、便、または吐瀉物中に血が混じる
- ☐ Bleeding from your nose or gums, or bleeding under the skin which may look like bruising 鼻もしくは歯茎からの出血、またはあざのように見える皮下出血
- ☐ Difficult or rapid breathing 呼吸困難または速い呼吸
- ☐ Cold or clammy skin 冷たい、または湿った皮膚
- ☐ Fatigue 疲労
- ☐ Irritability or restlessness 怒りっぽい、または落ち着きがない

IMPORTANT

重要

Do you only have one kidney? あなたは片腎ですか？

- ☐ Yes, one kidney はい、片方のみ
- ☐ No, both kidneys いいえ、両方

Are you, your child, or the individual presenting today under your care allergic to iodine or seafood (shrimp), and/or have you or they had a bad or adverse reaction (such as a skin: rash, redness, or itching) and/or difficulty breathing or swallowing when you or they have had dye (iodinated contrast medium) previously injected intravenously during or immediately after a prior medical/radiologic procedure? あなた、あなたのお子様、または本日あなたの介護下に来所した個人は、ヨードまたは海産物（エビ）に対するアレルギーがあったり、以前に色素（ヨード造影剤）を静脈注射された際、医学的/放射線学的な処置の最中または直後に、不良

または有害な反応（例えば皮膚の発疹、発赤、またはかゆみ）や、呼吸困難または嚥下困難を経験しましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

If yes, please list the type of reaction 「はい」と答えた場合、反応の種類を挙げてください

☐ Difficulty breathing 呼吸困難

☐ Difficulty Swallowing 嚥下困難

☐ Skin 皮膚の

☐ Rash 発疹

☐ Redness 発赤

☐ Itching かゆみ

Do you, your child, or this individual under your care need to receive or has ever previously received a premedication drug regimen prior to having a radiologic examination such as a CT Scan, or a kidney examination such as Intravenous Pyelography (IVP), or any other medical study utilizing dye (an iodinated contrast medium) injected intravenously due to a prior allergic response to the dye (injected iodinated contrast medium)? あなた、あなたのお子様、またはあなたの介護下にあるこの個人は、CTスキャンのような放射線学的検査、または経静脈腎盂造影法（IVP）のような腎臓検査、または静脈注射される色素（ヨード造影剤）を用いる他の医学的検査を受ける前に、色素（注射されたヨード造影剤）に対するアレルギー応答歴のために前投薬を必要とするか、または以前に前投薬を受けたことがありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

ALLERGIES

アレルギー

Do you have food allergies? 食物アレルギーありますか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ
- ☐ Gluten/Wheat グルテン/小麦
- ☐ Peanuts ピーナッツ
- ☐ Cow's Milk 牛乳
- ☐ Eggs 卵
- ☐ Shrimp/Shellfish エビ/甲殻類
- ☐ Fish 魚
- ☐ Tree Nuts (Walnuts, Cashews) 木の実(クルミ、カシュー)
- ☐ Soy 大豆
- ☐ Iodinated contrast agents/dye ヨウ素化造影剤/染料
- ☐ Other その他 _____

Medications 薬剤

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, which medications? 「はい」と答えた場合、どの薬剤ですか？

Are you allergic to penicillin? ペニシリンに対するアレルギーがありますか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you allergic to other antibiotic(s)? その他の抗生物質に対するアレルギーがありますか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Which one(s) 抗生物質名(複数可)を挙げてください

Are you allergic to bee stings or other insect bites? ハチ刺されまたはその他の虫刺されに対するアレルギーがありますか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Current Medications

現在服用している薬剤名

Name of Medication / Dose 薬剤名 / 用量

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

SURGICAL HISTORY

手術歴

Appendectomy (surgical removal of your appendix) 虫垂切除 (虫垂の外科切除)

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Cholecystectomy (surgical removal of your gallbladder) 胆嚢摘出 (胆嚢の外科切除)

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Surgery to your stomach, small intestines, or colon 胃、小腸、または結腸の手術歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Other abdominal surgery その他の腹部の手術歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Placement of brain aneurysmal clips for a prior brain aneurysm correction 以前の脳動脈瘤修復のために行った脳動脈瘤クリップの留置

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Other brain or spinal cord surgery その他の脳または脊髄の手術

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Orthopedic, neurologic, or plastic surgery 整形外科、神経科、または形成外科の手術歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Hysterectomy (surgical removal of the uterus), surgical removal of an ovary(ovaries), or fallopian tube(s) 子宮摘出 (子宮の外科切除)、卵巣 (片方または両方) または卵管 (片方または両方) の外科切除歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Other pelvic surgery その他の骨盤内手術

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Vasectomy, orchidectomy (surgical removal of a testicle), or prostatic surgery 精管切除、精巣摘除 (精巣の外科切除)、または前立腺手術歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Cardiac or other thoracic surgery 心臓またはその他の胸部手術

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Surgical removal of a kidney 腎臓の外科切除

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Other surgery not listed above 上記以外のその他の手術

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

PRE-MRI (MAGNETIC RESONANCE IMAGING) STUDY HISTORY

MRI (核磁気共鳴画像法) 検査前の病歴

Do you have an allergy to MRI contrast? MRI造影剤に対するアレルギーがありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you only have one kidney? あなたは片腎ですか？

☐ Yes, only one kidney 片方のみ

☐ No, I still have both kidneys 両方あります

Are you claustrophobic and/or have you previously experienced difficulties prior or during an MRI examination? 閉所恐怖症であったり、以前MRI検査の前や検査中に問題を経験したことがありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a cardiac pacemaker, or retained pacemaker leads in place? 心臓ペースメーカーが埋め込まれているか、またはペースメーカーのリード線が体内に残されていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a carotid sinus pacemaker in place? 頸動脈洞症候群用のペースメーカーが埋め込まれていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a prosthetic heart valve, inferior vena cava filter, biliary or vascular stent, IUD (Intrauterine Device), or a metallic prosthesis in place, in which there is a doubt or concern as to positional stability? 人工心臓弁、下大静脈フィルター、胆管もしくは血管ステント、IUD (子宮内避妊具)、または金属製プロテーゼが留置されており、その場所での安定性に疑いや懸念がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have an automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD) in place? 植え込み型自動除細動器 (AICD) が埋め込まれていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have an insulin pump in place? インスリンポンプが埋め込まれていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a neurostimulator in place? 神経刺激装置が埋め込まれていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a non-graphite spinal cord tong in place? グラファイト製ではない脊髄トングが装着されていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a cochlear implant in place? 人工内耳が埋め込まれていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a stapedial implant in place? アブミ骨インプラントが埋め込まれていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a known metallic foreign body (metal sliver) in your eye, or have you ever been or are you currently a welder? 目の中に既知の金属性異物 (金属銀) がありますか? または現在溶接士として働いているか、過去に働いたことがありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a brain aneurysmal clip from a prior surgery? 以前に受けた手術で脳動脈瘤クリップを配置されましたか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a Thermodilution Swan Ganz Catheter in place? スワングantz・サーモダイリューション・カテーテルを留置されていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have other possible surgical/or nonsurgical metal in or on your body such as a stainless steel spinal metallic device or devices? ステンレススチール製の脊髄用金属装置（一つまたは複数）のような外科的/または非外科的であり得るその他の金属が、体内に埋め込まれていたり体表面に装着されていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have an eyelid tattoo? まぶたにタトゥーを入れていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

MEDICAL HISTORY - SYSTEMS REVIEW

病歴 - システムのレビュー

Do you have a history of hemophilia or other coagulation deficiency with an increased tendency to bleed? 出血傾向の増大を伴う血友病またはその他の凝固欠乏症の病歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have diabetes? あなたは糖尿病ですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

If you have diabetes, are you on 糖尿病の場合、以下の治療を受けていますか？

☐ Oral diabetes medication(s) 経口糖尿病治療薬（複数可）

☐ Do you inject insulin? インスリンを注射していますか？

If you have a history of diabetes, do you currently have? 糖尿病の病歴がある場合、現在も罹患していますか？

☐ Nausea or vomiting 悪心または嘔吐

☐ Excessive thirst 極端ななどの渇き

☐ Shortness of breath 息切れ

☐ Frequent urination 頻尿

☐ Confusion 錯乱

☐ Abdominal pain 腹痛

Are you immunocompromised or are you currently receiving chemotherapy? 免疫不全状態であるか、または現在化学療法を受けていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

HEAD AND NECK 頭頸部

Do you have any of the following conditions? 以下に挙げるいずれかの状態ですか？

- ☐ Chronic moderate to severe headaches 中等度から重度の慢性頭痛
- ☐ Blurred Vision かすみ目
- ☐ Visual loss 視力喪失
- ☐ Hearing loss 難聴
- ☐ Memory loss 記憶障害
- ☐ Loss of consciousness 意識消失
- ☐ Fainting spells 失神発作
- ☐ A seizure history 発作歴あり
- ☐ A history of chronic dizziness or loss of balance 慢性の浮動性めまいまたは平衡感覚障害の病歴あり
- ☐ Muscle Weakness or Chronic Fatigue 筋脱力または慢性疲労
- ☐ Stroke 脳卒中
- ☐ A history of neurological conditions such as Parkinson's disease, multiple sclerosis, or Huntington's chorea パーキンソン病、多発性硬化症、またはハンチントン病のような神経学的状態の病歴
- ☐ Chronic moderate to severe sore throat 中等度から重度の慢性的なのどの痛み
- ☐ Alcohol or drug abuse アルコールまたは薬物の乱用
- ☐ Head or neck cancer 頭部または頸部のがん

CHEST / THORAX 胸部

Do you have any of the following conditions? 以下に挙げるいずれかの状態ですか？

Asthma 喘息

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Bronchitis 気管支炎

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない
- ☐ Lung cancer 肺がん
- ☐ Breast cancer 乳がん
- ☐ Recent cold, flu, or pneumonia 最近感冒、インフルエンザ、または肺炎に罹った
- ☐ Recent fever, chills, or cough 最近発熱、悪寒、または咳があった
- ☐ Pneumocystis carinii pneumonia or other HIV related medical conditions. ニューモシスチスカリニ肺炎またはHIV/AIDSに関連するその他の肺の徴候
- ☐ Other Pulmonary Conditions Not Listed Above 上記以外のその他の肺の状態
- ☐ History of a heart attack 心臓発作の病歴
- ☐ Other heart related conditions その他の心臓に関連する状態
- ☐ Cardiac pacemaker placement 心臓ペースメーカーの植え込み
- ☐ History of congestive heart failure うっ血性心不全の病歴
- ☐ Do you sleep with multiple pillows 睡眠時に複数の枕を使用していますか
- ☐ Do you have foot or ankle swelling 足や足首が腫れていますか
- ☐ History of known irregular heartbeats (arrhythmias) 既知の不規則な心拍数（不整脈）の病歴
- ☐ Do you have History of a blood clotting disorder 血液凝固異常の病歴がありますか
- ☐ High blood pressure 高血圧

ABDOMEN 腹部

Do you have any of the following conditions? 以下に挙げるいずれかの状態ですか？

- ☐ Stomach or intestinal cancer 胃または腸のがん
- ☐ Liver cancer 肝臓がん
- ☐ Diverticulitis 憩室炎
- ☐ Prior colonic polyp removal 結腸ポリープの切除歴

- ☐ Prior history of irregular bowel movements with periods of constipation and/or diarrhea 便秘や下痢の期間を伴う不規則な便通の既往歴
- ☐ History of visible blood after a bowel movement 便通後の目で分かる血便の病歴
- ☐ History of hemorrhoids 痔核の病歴
- ☐ History of peptic ulcers (esophageal, gastric, or duodenal ulcers) 消化性潰瘍（食道、胃、または十二指腸潰瘍）の病歴
- ☐ Prior endoscopy or colonoscopy 以前に内視鏡検査または大腸内視鏡検査を受けた
- ☐ Crohn's disease or ulcerative colitis クローン病または潰瘍性大腸炎

Do you still have your appendix? 虫垂はまだありますか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

GENITOURINARY 尿生殖器

Do you only have one kidney? あなたは片腎ですか？

- ☐ Yes, only one kidney 片方のみ
☐ No, I still have both kidneys 両方あります

Do you have any of the following conditions? 以下に挙げるいずれかの状態ですか？

- ☐ History of kidney stones 腎臓結石の病歴
- ☐ Visible blood upon urination without pain 排尿時に痛みのない、目で分かる血尿
- ☐ History of urinary tract infections 尿路感染症の病歴
- ☐ Cancer of the kidneys, ureters, or urinary bladder 腎臓、尿管、または膀胱のがん

FEMALES 女性

Do you have any of the following conditions? 以下に挙げるいずれかの状態ですか？

- ☐ Ovarian, endometrial, or cervical cancer 卵巣、子宮内膜、または子宮頸部のがん

Are you menopausal? あなたは閉経していますか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, do you have pelvic pain or unusual chronic pelvic symptoms? 「はい」と答えた場合、骨盤痛または尋常ではない骨盤の慢性症状がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Possible current venereal disease? 現在、性病に罹患している可能性がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

History of heavy menstrual flow or irregular menstrual periods 経血量過多または不規則月経の病歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ

History of pelvic inflammatory disease 骨盤内炎症性疾患の病歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ

PREGNANCY HISTORY 妊娠歴

History of a spontaneous abortion of a pregnancy 自然流産の病歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ

History of an ectopic (outside of the uterus) pregnancy 異所性(子宮外)妊娠の病歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ

History of current pain or bleeding related to pregnancy 妊娠に関連する現在の疼痛または出血の病歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ

History of a cesarian section 帝王切開の病歴

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Complications during delivery 出産時の合併症

☐ Yes はい ☐ No いいえ

MALES 男性

Do you have any of the following conditions? 以下に挙げるいずれかの状態ですか？

☐ Prostate Cancer 前立腺がん

☐ Testicular cancer 精巣がん

☐ Difficulty starting urination 排尿困難

- ☐ Pain during urination 排尿時の疼痛
- ☐ Penile discharge 陰茎分泌物

MUSCULOSKELETAL 筋骨格系

Do you have any of the following conditions? 以下に挙げる
いずれかの状態ですか？

- ☐ Arthritis 関節炎
- ☐ Recent bone fracture 最近骨折を経験した
- ☐ Bone cancer 骨がん
- ☐ Muscle related tumor/cancer 筋肉関連の腫瘍/がん
- ☐ Bone or joint pain 骨または関節の疼痛
- ☐ Fibromyalgia or other muscular disorder 線維筋痛またはその他の筋肉疾患

SKIN 皮膚

Do you have any of the following conditions? 以下に挙げる
いずれかの状態ですか？

- ☐ Lupus or other autoimmune disease ループスまたはその他の自己免疫疾患
- ☐ Melanoma or other form of skin cancer メラノーマまたは皮膚がんのその他の形態
- ☐ A mole, wart, or other skin lesion that is enlarging or changing color ほくろ、いぼ、または拡大するかもしくは変色を伴うその他の皮膚病変
- ☐ Recent insect bites from a 最近の虫刺され
 - ☐ Mosquito 蚊
 - ☐ Spider クモ
 - ☐ Tick ダニ

PLEASE REVIEW ALL OF THE BODY SECTIONS BELOW AND CHECK MARK (✓) ALL THE BOXES THAT APPLY TO YOU.

次に挙げる臓器系のうち、あなたに関連するすべての項目にチェック「✓」を入れてください。

- ☐ I. THORAX/CHEST 胸部
- ☐ II. HEAD AND NECK 頭頸部
- ☐ III. ABDOMEN 腹部
- ☐ IV. GENITOURINARY 尿生殖器
- ☐ V. MUSCULOSKELETAL 筋骨格系
- ☐ VI. SKIN 皮膚
- ☐ VII. DENTAL 歯科

I. THORAX / CHEST 胸部

CHEST PAIN 胸痛

- ☐ Mild 軽度 ☐ Moderate 中等度 ☐ Severe 重度

Radiation of chest pain to 胸痛が拡散する部位

- ☐ Neck or jaw 首または下顎
☐ One or both arms 片腕または両腕
☐ Back 背中
☐ Stomach 胃

Did the chest pain just start? 胸痛は始まったばかりですか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Does the chest pain last for more than a few minutes? 胸痛は数分間を超えて持続しますか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Would you describe the pain as “an elephant sitting on your chest”? その痛みは「胸の上に象が乗っているようだ」と表現できますか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you had such a chest pain before? 以前にもこのような胸痛を経験しましたか？

- ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of heart disease and/or a prior heart attack? 心臓病の病歴があったり、以前に心臓発作を起こしたことがありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of congestive heart failure? うっ血性心不全の病歴がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you currently have cold sweats or night sweats? 現在、冷汗または寝汗がみられますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you currently nauseous? 現在吐き気がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you currently lightheaded? 現在、頭がふらつく感じがありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you currently short of breath with or without chest discomfort? 現在、胸部の不快感の有無にかかわらず、息切れを起こしていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you take a prescribed medicine for your chest pain? 胸痛のための処方薬を服用していますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Did you fall or bruise your ribs? 転倒したり、肋骨を打撲したりしましたか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you coughing currently? 現在咳をしていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of prior heart surgery? 以前に心臓手術を受けた病歴がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you currently have a cardiac pacemaker in place? 現在心臓ペースメーカーが埋め込まれていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you smoke: cigars, cigarettes, or a pipe? 葉巻、紙巻きたばこ、またはパイプにより喫煙していますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If you smoke, how long have you been smoking? 喫煙している場合、どのくらいの期間ですか？

☐ Months 数か月間 ☐ Years 数年間

COUGH 咳

☐ Bloody sputum 血痰

☐ Productive cough (phlegm) 湿性咳（痰を伴う咳）

☐ Dry cough 乾性咳（痰を伴わない咳）

☐ Duration of Cough 咳の持続期間

☐ Two days or less 2日以内

☐ A week 1週間

☐ A few weeks 数週間

☐ A month or longer 1か月以上

Do you currently have 現在以下の症状がみられますか？

☐ Wheezing 喘鳴

☐ Aches in muscles and/or joints 筋肉や関節のうずくような痛み

☐ Fever or chills 発熱または悪寒

☐ Ear or throat pain 耳またはのどの痛み

☐ Runny nose 鼻水

☐ Weakness or extreme fatigue 脱力感または極端な疲労

☐ Headache 頭痛

☐ Pain around your eyes 目の周囲の疼痛

Have you had a flu shot in the recent past? 最近インフルエンザの予防接種を受けましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have your flu/cold like symptoms come on suddenly? インフルエンザや感冒のような症状は突然現れましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Does your child have flu/cold-like symptoms with あなたの
お子様のインフルエンザや感冒様の症状は以下を伴っていますか？

☐ Vomiting 嘔吐

☐ Diarrhea 下痢

Do you have a history of asthma? 喘息の病歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, are you currently experiencing great difficulty breathing? 「はい」と答えた場合、現在非常な呼吸困難を経験していますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you use an inhaler or take any medications for asthma? 喘息に対し、吸入器を使用するか、または何らかの薬剤を服用していますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, do you have the asthma inhaler/medication with you? 「はい」と答えた場合、喘息用の吸入器/薬剤を携帯していますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a prior history of blood clots in your legs or lungs? 下肢または肺に血栓の既往歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you out of breath now? 現在息切れしていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, are you very much out of breath? 「はい」と答えた場合、その息切れの程度は深刻ですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a locally sharp chest pain when you take a breath? 呼吸時に局所的な鋭い胸部痛を経験しますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Were you in a recent car accident or have you had other chest trauma? 最近、交通事故または他の胸部外傷を経験しましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of tuberculosis? 結核の病歴がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

II. HEAD AND NECK 頭頸部

HEADACHE 頭痛

☐ Mild 軽度 ☐ Moderate 中等度 ☐ Severe 重度

Duration 持続期間

☐ Started today 本日始まった

☐ Days 数日間

☐ Comes and goes 断続的

Would you describe the headache as “the worse headache of your life” その頭痛を「人生でいっそう悪い頭痛」と表現できますか

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of high blood pressure? 高血圧の病歴がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you take a medication for the high blood pressure? 高血圧のための薬剤を服用していますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you currently take a medication to “thin your blood”? 現在「血液をさらさらにする薬剤」を服用していますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a prior history of blood clots in your legs or lungs? 脚または肺に血栓の既往歴がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of a heart defect since birth? 出生以来、心臓欠損症の病歴がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

If yes, has the heart defect been surgically corrected? 「はい」と答えた場合、その心臓欠損症は外科的に矯正されましたか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Dizziness/vertigo 浮動性めまい/回転性めまい

☐ Mild 軽度 ☐ Moderate 中等度 ☐ Severe 重度

Duration 持続期間

☐ Started today 本日始まった

☐ Days 数日間

☐ Comes and goes 断続的

VISION 視覚

Blurred かすみ目

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Visual Loss 視力喪失

☐ Partial 部分的

☐ Complete 完全

☐ Involving One Eye 片方の目のみ影響

☐ Involving Both Eyes 両方の目に影響

Neck pain or stiffness 首の痛みまたは凝り

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Unable or difficult to move head to sides or down 頭を横や下に動かせない、または動かすのが困難

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are your eyes red, painful, or sensitive to light? 目が赤い、痛い、または光がまぶしいですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Hearing loss 難聴

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Slurred speech or recent inability to speak 不明瞭発語または最近の発語不能

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Current arm or leg weakness 現在、腕または脚に脱力感がある

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of Atrial Fibrillation? 心房細動の病歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have a history of an irregular heart beat (arrhythmia)?

不規則な心拍数（不整脈）の病歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Does one side of your face droop? 顔の片側が下垂していますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If you raise an arm, does it drift downward? 腕を上げたとき、下方へずり落ちますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Current Nose Bleed 現在、鼻出血がある

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have bleeding from the ears? 耳から出血していますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have difficulty with swallowing? 飲み込むことが困難ですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, do you have difficulty swallowing? 「はい」と答えた場合、飲み込みが困難な物を選択してください

☐ Liquids 液体 ☐ Solids 固形物 ☐ Pills 丸薬

Do you have a history of sinus problems and/or current sinus pain? 副鼻腔疾患の病歴があったり、現在副鼻腔痛がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Did you or your child swallow a chicken or a fish bone, or other foreign body? あなたのお子様は、鶏や魚の骨、またはその他の異物を飲み込みましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have sore throat pain? のどが痛みますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If you do have a sore throat, is the throat pain getting worse or not going away? のどが痛む場合、痛みが悪化しているか、または痛みが引きませんか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If you do have a sore throat, for how long have you had it?

のどが痛む場合、痛みはどのくらい持続していますか？

☐ Pain started today 痛みは本日始まった

☐ A few days ago 数日前から

☐ More than a week ago 1週間以上前から

Do you have a history of epilepsy or a recent seizure? てん

かんの病歴があったり、最近発作を起こしたりしましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you fainted or have you experienced loss of consciousness recently? 最近、失神または意識消失を経験

しましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

III. ABDOMINAL 腹部

Other foreign travel recently? 最近、当国以外の外国へ旅行しましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Where 国名 _____

Do you drink alcoholic beverages? アルコール飲料を摂取しますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you recently or are you currently vomiting? 最近嘔吐したか、現在嘔吐していますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Would you describe the vomiting as 嘔吐の程度を説明してください

☐ Mild 軽度 ☐ Moderate 中等度 ☐ Severe 重度

Bloody vomit 血の混じった嘔吐

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Duration of vomiting 嘔吐の持続期間

☐ Started today 本日始まった

☐ Days 数日間

☐ Comes and goes 断続的

Do you currently have diarrhea? 現在下痢をしていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If you currently have diarrhea, would you describe it as 現在下痢をしている場合、その程度を説明してください？

Bloody 血が混じっていますか

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Duration of diarrhea 下痢の持続期間

☐ Days 数日間

☐ A Week 1週間

☐ Longer それよりも長い

When you have a bowel movement do you have? 便通の際、以下のような便がみられますか？

☐ Dark to very dark stools 暗色から非常に暗色の便

☐ Blood in the stools 血の混じった便

Do you have periods of diarrhea followed by constipation? 下痢の期間の後で便秘になりますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you currently have abdominal pain? 現在腹痛がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If you currently have abdominal pain, would you describe the pain as 現在腹痛がある場合、その程度を説明してください

☐ Mild 軽度 ☐ Moderate 中等度 ☐ Severe 重度

The abdominal pain is この腹痛の位置は

☐ Right side 右側

☐ Left side 左側

☐ Mid-abdomen near your belly button へそに近い中腹部

☐ All over your stomach 腹部全体

Duration of abdominal pain 腹痛の持続期間

☐ Started today 本日始まった

☐ Days 数日間

☐ Comes and goes 断続的

Pain starts in the abdomen but radiates to back 痛みは腹部から始まったが、背中に広がっている

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Abdominal pain 腹痛

☐ Decreases with eating 食事により軽減

☐ Unaffected by eating 食事により変化はない

Did you just eat something that's "making you feel sick"? 「気持ちが悪くなる」何かを食べたばかりですか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of peptic ulcers? 消化性潰瘍の病歴がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have stomach pain after you eat something fatty or greasy? 脂肪分の多い、脂っこいものを食べた後に胃が痛くなりますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you had your gallbladder surgically removed? あなたの胆嚢は手術により切除されていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you had dramatic non intended weight loss in the last few months? 最近数か月間に、意図せず体重が大幅に減少しましたか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

IV. GENITOURINARY 尿生殖器

Do you currently have or have you ever had kidney stones? 現在腎臓結石があるか、または過去にありましたか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you currently have flank pain? 現在側腹痛がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you currently on renal or peritoneal dialysis? 現在、腎透析または腹膜透析を受けていますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you currently have or have you ever had a urinary tract infection? 現在尿路感染症に罹患しているか、または過去に罹患したことがありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you sexually active? あなたは性行為に積極的ですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

☐ I prefer not to answer 答えたくない

Are you HIV positive? あなたはHIV陽性ですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

☐ I prefer not to answer 答えたくない

FEMALES 女性

Are you currently breast feeding? 現在、授乳中ですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you pregnant? 現在妊娠していますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

If yes, when was your last pelvic ultrasound? 「はい」と答えた場合、最後に骨盤の超音波検査を受けたのはいつですか？

If yes, are you currently bleeding/or discharging per vagina? 「はい」と答えた場合、現在膣からの出血または分泌物がみられますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, do you have pelvic pain that just started? 「はい」と答えた場合、骨盤痛は始まったばかりですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have history of a prior pregnancy with associated complications? 合併症を伴った妊娠の既往歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a prior history of a miscarriage? 流産の既往歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you currently have lower abdominal or pelvic pain? 現在、
下腹部痛または骨盤痛がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have excessive or prolonged menstrual bleeding?
月経出血が過剰であったり、長引くことがありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a current nipple discharge? 現在乳首からの分泌
物がみられますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you recently felt a lump in your breast(s)? 最近乳房にし
こり(複数可)を感じていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have painless bleeding during urination? 排尿時に痛
みのない出血が見られますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

MALES 男性

Do you currently have painful urination, and/or a penile
discharge? 現在、排尿時の疼痛や陰茎分泌物がみられま
すか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have painless bleeding during urination? 排尿時に痛
みのない出血が見られますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have to urinate often during the day, or do you get up
frequently at night to urinate? 日中頻繁に排尿したり、夜間
しばしば排尿のために起きたりしますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have difficulty during urination? 排尿が困難ですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Did you sustain trauma to your testicles recently? 最近、精巣
に外傷を受けましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

V. MUSCULOSKELETAL 筋骨格系

Have you fallen or injured yourself causing back/neck, chest, arm, leg, or other skeletal body area pain and/or bleeding?
背中/首、胸部、腕、脚、またはその他の身体領域の骨格に疼痛や出血を引き起こした転倒または負傷を経験しましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, where does it currently hurt? その場合、現在どこが痛みますか？

- ☐ Head 頭部
- ☐ Neck 首
- ☐ Back 背中
- ☐ Chest/ribs 胸部/肋骨
 - ☐ Right side 右側
 - ☐ Left side 左側
- ☐ Right shoulder 右肩
 - ☐ Right upper arm 右上腕
 - ☐ Right elbow 右肘
 - ☐ Right lower arm 右前腕
 - ☐ Right wrist 右手首
 - ☐ Right hand 右手
 - ☐ Right fingers 右手指
- ☐ Right hip 右腰
 - ☐ Right upper leg 右大腿
 - ☐ Right knee 右膝
 - ☐ Right lower leg 右下腿
 - ☐ Right ankle 右足首
 - ☐ Right foot 右足
- ☐ Left shoulder 左肩
 - ☐ Left upper arm 左上腕
 - ☐ Left elbow 左肘
 - ☐ Left lower arm 左前腕
 - ☐ Left wrist 左手首
 - ☐ Left hand 左手
 - ☐ Left fingers 左手指

- ☐ Left hip 左腰
- ☐ Left upper leg 左大腿
- ☐ Left knee 左膝
- ☐ Left lower leg 左下腿
- ☐ Left ankle 左足首
- ☐ Left foot 左足

Do you have a prior history of blood clots in your legs? 脚に血栓の既往歴がありますか？

- ☐ Yes はい
- ☐ No いいえ

Do you currently have pain in the back of your knee? 現在、膝の裏側に痛みがありますか？

- ☐ Yes はい
- ☐ No いいえ

Do you have pain and/or muscle stiffness? 痛みがあったり、筋肉が凝っていますか？

- ☐ Yes はい
- ☐ No いいえ

If yes, is the muscle pain or rigidity chronic? 「はい」と答えた場合、その筋肉痛または凝りは慢性ですか？

- ☐ Yes はい
- ☐ No いいえ

Do you currently have soft tissue swelling due to trauma? 現在、外傷が原因で軟組織が腫れていますか？

- ☐ Yes はい
- ☐ No いいえ

Is the soft tissue swelling possibly associated with an abscess or an infection? 軟組織の腫れは、膿瘍または感染に関連する可能性がありますか？

- ☐ Yes はい
- ☐ No いいえ

Does the swelling appear warm to the touch? 腫れた部位に触れると温かく感じますか？

- ☐ Yes はい
- ☐ No いいえ

Does the swelling appear to be hard or unmovable? 腫れた部位は固いか、または動かないようですか？

- ☐ Yes はい
- ☐ No いいえ

VI. SKIN 皮膚

Have you had any recent insect bites (mosquitoes, spiders, ticks, or other insects)? 気付いている範囲内で、最近虫（蚊、クモ、ダニ、またはその他の虫）に刺されましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Have you just had a bite/scratch from a snake, dog, cat, or other animal? ヘビ、犬、猫、またはその他の動物に噛まれたり引っかかれたりしたばかりですか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have any unusual skin sores, welts, rashes, or other skin lesions? 異常な皮膚のヒリヒリ感、みみず腫れ、発疹、またはその他の皮膚病変がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of a prior allergic skin reaction (contact dermatitis) to different soaps or other substances applied to the skin? さまざまな石鹸または皮膚に使用するその他の物質に対するアレルギー性皮膚反応（接触性皮膚炎）の病歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Did you recently step on glass, a nail, or other foreign body that pierced your skin? 最近、ガラス、釘、またはその他の異物を踏んで、それらが皮膚を貫通しましたか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If so, which part of your body? その場合、どの部位でしたか？

Do you currently have a severe sunburn? 現在、重度に日焼けしていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

VII. DENTAL HISTORY 歯科病歴

Do you have a history of having had rheumatic fever? リウマチ熱の病歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have a history of mitral valve prolapse? 僧帽弁逸脱の病歴がありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you typically have an antibiotic prescribed prior to any dental procedure including a dental cleaning? 歯のクリーニングを含む歯科処置の前に、通常抗生物質を処方されていますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you allergic to penicillin? ペニシリンに対するアレルギーがありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Are you allergic to other antibiotics? その他の抗生物質に対するアレルギーがありますか？

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, which one(s) その場合、抗生物質名を挙げてください (複数可)

TOOTHACHE 歯痛

☐ Mild 軽度 ☐ Moderate 中等度 ☐ Severe 重度

Pain Duration 痛みの持続期間

☐ Just started 始まったばかり

☐ Occasional 時々

☐ Present for a long time 長期間持続している

☐ Sporadic (On and Off) 散発的 (断続的)

Where is the pain? どの部位が痛みますか？

☐ (Maxillary) top right side (上顎) 右上側

☐ (Maxillary) top left side (上顎) 左上側

☐ (Mandibular) bottom right side (下顎) 右下側

☐ (Mandibular) bottom left side (下顎) 左下側

Pain increases with 以下に挙げる事柄が原因で痛みが増す

☐ Cold foods/liquids 冷たい食物/液体

☐ Hot foods/liquids 熱い食物/液体

☐ Chewing 咀嚼

The toothache is associated with local swelling この歯痛は、
局所の腫れを伴っていますか

☐ Yes はい ☐ No いいえ

The toothache is associated with sinus type pain この歯痛
は、副鼻腔痛を伴っていますか

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you have other areas of jaw swelling? 下顎の他の部位に
腫れはみられますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, where? 「はい」と答えた場合、それはどの部位ですか?

☐ Under the tongue 舌の下側

☐ Under the jaw 下顎の下側

Do you have difficulty swallowing? 飲み込むことが困難ですか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Do you presently have dentures? 現在義歯を装着していますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

If yes, do the dentures hurt when you wear them? 「はい」と
答えた場合、義歯の装着時に痛みがありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

Would you like another set of dentures made? 別の義歯の作
製を希望されますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ

ABOUT THE AUTHOR

著者について

George P. Ciporkin, D.D.S., M.D., the author of this potentially life saving series, brings years of training and clinical experience in both medicine and dentistry into the series' design.

He received a Bachelor of Science degree from Duke University, a D.D.S. degree from Northwestern University, and an M.D. degree from The Medical College of Ohio in the United States.

He has traveled and lived abroad, and has formally studied several foreign languages.

George P. Ciporkin, D.D.S., M.D. は、この命を救う可能性のあるシリーズの著者です。

彼は、医学と歯科の両方での長年のトレーニングと臨床経験を本シリーズの内容とデザインに取り入れています。

米国のデューク大学で理学士号を取得した後、ノースウェスタン大学で口腔外科博士号を取得、続いてオハイオ州医科専門学校で医学博士号を取得しています。

そして、海外に旅行して移住し、いくつかの外国語を正式に勉強してきました。

MEDICAL HISTORY - SYSTEMS REVIEW

病歴 - システムのレビュー

Do you have a history of hemophilia or other coagulation deficiency with an increased tendency to bleed? 出血傾向の増大を伴う血友病またはその他の凝固欠乏症の病歴がありますか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

Do you have diabetes? あなたは糖尿病ですか?

☐ Yes はい ☐ No いいえ ☐ Not Sure わからない

If you have diabetes, are you on 糖尿病の場合、以下の治療を受けていますか?

☐ Oral diabetes medication(s) 経口糖尿病治療薬 (複数可)

☐ Do you inject insulin? インスリンを注射していますか?

If you have a history of diabetes, do you currently have? 糖尿病の病歴がある場合、現在も罹患していますか?

☐ Nausea or vomiting

☐ Excessive thirst 極

☐ Shortness of breath

The **Global Health Passport** gives the traveler peace of mind in knowing that he or she can quickly and easily convey personalized medical information abroad to healthcare personnel who are not fluent in the traveler's native language. The series are designed to provide concise, but thorough medical information particularly for travelers who encounter a medical emergency abroad or who are engaged in medical tourism. **Safe Travels!**

旅行者はこの **Global Health Passport** を読むことで、海外で彼らの言語に堪能ではない医療従事者に医療上の個人情報を素早く簡単に伝えられることを知り、安心して旅行できます。本シリーズは、特に海外で医学的な緊急事態に遭遇した旅行者や医療目的での渡航者のために、コンパクトながらも医学情報を網羅するように企画されました。**どうぞ安全な旅を!**