

米国ビザ健康調査票

氏名： _____

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？(精神科を含む) |
| ☐ | ☐ | 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？ |
| ☐ | ☐ | リュウマチ性弁膜症 |
| ☐ | ☐ | 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） _____ / _____ 治療完了（月 / 年） _____ / _____ |
| | | *現在このような症状がありますか？ |
| ☐ | ☐ | ・長引く熱 |
| ☐ | ☐ | ・慢性の咳 |
| ☐ | ☐ | ・寝汗 |
| ☐ | ☐ | ・急激な体重減 |
| | | |
| ☐ | ☐ | 心理的又は精神的疾患（うつ病、そううつ病、統合失調症を含む） |
| ☐ | ☐ | 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？ |
| ☐ | ☐ | 医療目的以外での薬物使用の経験がありますか？ |
| ☐ | ☐ | 薬物の継続的使用が現在あるいは以前にありますか？ |
| ☐ | ☐ | 健康状態や精神的疾患、あるいはアルコールや薬物使用の結果、他人に重篤な危害を加えたり、
器物の損壊、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？ |
| | | |
| ☐ | ☐ | 脳卒中、脳梗塞の既往がありますか？ |
| ☐ | ☐ | てんかんの経験がありますか？ |
| | | |
| ☐ | ☐ | 現在飲んでいるお薬はありますか？（お薬名と1日何回・何g飲んでいきますか？） |

氏名： _____

いいえ はい

☐ ☐ 現在妊娠中ですか？ 出産予定日（月/日/年） _____
最終月経 _____

☐ ☐ 出産歴 出産人数 _____
子供の誕生日 _____、 _____、 _____、 _____、

☐ ☐ 性病にかかったことがありますか？

☐ ☐ ・梅毒 治療開始日 _____ 治療法 _____

☐ ☐ ・淋病 治療開始日 _____ 治療法 _____

☐ ☐ 糖尿病の既往がありますか？

☐ ☐ 甲状腺の既往がありますか？

☐ ☐ 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

☐ ☐ H I V検査で異常または反応が出たことがありますか？ 診断日（月/年） _____

☐ ☐ 悪性の腫瘍（癌）になったことがありますか？ 診断名 _____

☐ ☐ 腎臓病や膀胱疾患がありますか？

☐ ☐ 慢性の肝臓病がありますか？（B型肝炎、C型肝炎を含む）

☐ ☐ 過去にハンセン病を治療したことがありますか？ 治療が完了した日（月/年） _____

☐ ☐ その他の治療を要する健康上の問題がありますか？ _____

☐ ☐ 手足の損失を含む身体に障害がありますか？ _____

☐ ☐ 今までに、飲酒運転で捕まったことがありますか？

☐ ☐ 過去に手術歴がありますか？（全て記入して下さい。）

☐ ☐ 今までに水ぼうそうにかかったことがありますか？

かかった時期（月/日/年） _____