

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
- HIV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？ 治癒が完了した日（月/年） _____
- 食物と薬剤のアレルギーはありますか？
-
- 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） _____