

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？ 治療が完了した日（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） \_\_\_\_\_