

フリガナ					
氏名： NAME (Last, First, Middle):					
生年月日： DATE OF BIRTH:	明治・大正 昭和・平成	年 Year	月 Month	日 Day	性別・Sex: <input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> 男 Male
住所： ADDRESS:	〒				
電話・TELEPHONE:					
現病歴・既往歴 MEDICAL HISTORY (過去に、又は現在指摘されている病気があれば記入して下さい) (please list all major current and past medical problems)					
手術歴・SURGICAL HISTORY (今までに受けた手術があればご記入下さい) (please list any major surgical procedures you have had)					
家族歴・FAMILY HISTORY (糖尿病、高血圧、癌などの家族歴があればご記入下さい) (please list any family history of diseases such as diabetes, high blood pressure, cancer)					
常用薬・MEDICATIONS (服用中の薬がありましたらご記入下さい) (please list any medications you are currently taking)					
嗜好品		HABITS			
たばこ：	1日 本 × 年	Tobacco:	_____packs/day for _____years		
アルコール：	種類： 1日 合・杯・c c	Alcohol:	_____drinks/ozs/mls per day		

アレルギー（薬物・食べ物）： ALLERGIES:	

過去に輸血を受けたことはありますか？ Have you ever received a blood transfusion?	はい YES	いいえ NO
睡眠時間は平均何時間ですか？ On average, how many hours of sleep do you get each night?		
通勤時間は片道どれぐらいですか？ How long is your commute to work?		
1日の平均労働時間は何時間ですか？ On average, how many hours do you work each day?		
夜勤はされておりますか？（午後10時～午前5時の時間帯の勤務） Do you work any night shifts? (between 10 pm and 5 am)	はい YES	いいえ NO
月に何回運動されますか？ How many times a month do you exercise?	／月 X per month	
この半年の間に5キロ以上の体重の変動がありましたか？ Has your weight fluctuated more than 5 kg (~10lbs) in the past six months?	はい YES	いいえ NO
この半年の間に憂鬱な気分、又は極度な不安を感じたことはありますか？ Have you felt depressed or excessively anxious in the past six months?	はい YES	いいえ NO
女性のかたのみ・For women only:		
最終月経はいつでしたか？ When was your last menstrual period?	月 日～ Date:	
現在妊娠中ですか？ Are you currently pregnant?	はい YES	いいえ NO
他に現在健康上気になる点（症状など）がございましたらご記入下さい： Please note any other concerns you currently have regarding your health:		

ありがとうございました THANK YOU VERY MUCH!