

NAME 氏名: \_\_\_\_\_ FATHER OF BABY (FOB) 父親名: \_\_\_\_\_  
 Is FOB involved? 父親の有無 Yes No

Patient's Social Security 患者のソーシャルセキュリティーナンバー #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sponsor's Social Security スポンサーのソーシャルセキュリティーナンバー #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contact number 連絡電話番号: \_\_\_\_\_ Cell Phone 携帯: \_\_\_\_\_

Mailing Address 住所(郵送先): \_\_\_\_\_ EMAIL address E メールアドレス: \_\_\_\_\_

Home Phone & Work Phone 自宅および職場の電話番号: \_\_\_\_\_

City & State 市名および州名: \_\_\_\_\_

Zip Code 郵便番号: \_\_\_\_\_

BIRTH DATE 誕生日 (月/日/年) \_\_\_\_\_ AGE 年齢 \_\_\_\_\_ RACE 人種 \_\_\_\_\_ RELIGIOUS PREFERENCE 宗教 \_\_\_\_\_  
 \_\_/\_\_/\_\_

PRIMARY LANGUAGE 母国語 \_\_\_\_\_

MARITAL STATUS 結婚の有無: S 独身 M 既婚 W やもめ D 離婚 SEP 別居中

HIGHEST LEVEL OF EDUCATION 最終学歴: \_\_\_\_\_

OCCUPATION 職業:  WORK 就業中  HOMEMAKER 家事  STUDENT 学生

TYPE OF WORK 職種: \_\_\_\_\_

CATEGORY カテゴリー: \_\_\_\_\_

CURRENT DUTY STATION 現在のデューティステーション(職場): \_\_\_\_\_

AD/Rank 現役軍人/ランク \_\_\_\_\_  Navy 海軍 COMMAND SPONSORED? コマンドスポンサーの有無 Yes No

Dependent AD 現役軍人の家族  Army 陸軍 OTHER INSURANCE? その他の医療保険 Yes No

Retired 退役軍人  Air Force 空軍

Dependent Retired 退役軍人の家族  Marine Corps 海兵隊

DoDDs

Do you prefer your child to be followed by Pediatrics \_\_\_\_ or Family Medicine \_\_\_\_  
 お子さんは家庭医、小児科医のどちらに診てほしいという希望がありますか?

Are you interested in WIC (Women, Infant, Children Program)  Yes  No Do you have any financial needs? Yes No  
 WIC(女性、幼児、小児)プログラムに興味がありますか? 経済的な援助の必要がありますか?

First Pregnancy? 初産 Yes No Last Menstrual Period 最終月経: \_\_/\_\_/\_\_

**ANTEPARTUM RECORD**  
US Naval Hospital Okinawa PSC 482 FPO AP 96362

<b>PREVIOUS PREGNANCIES</b>								
Date Mo/Yr 日付 月/年	Gestation Weeks 妊娠週数	Length of Labor 分娩時間	Sex M/F 性別	Birth Weight 出生児 体重	Type of delivery Vaginal or Cesarean 分娩方式 (経 膣、帝切)	Anesthesia 麻酔	Place of delivery 場所	Comments/Complications コメント/合併症

<b>PAST MEDICAL HISTORY</b> 既往歴					
Disease/Diagnosis 病名 診断	Y= Yes N= No	Comment on "yes" remarks Include date & place of treatment/medication もし、YESの場合いつ、 どこでどのような治療をし ましたか？薬名も記入して 下さい	Disease/Diagnosis 病名 診断	Y= Yes N= No	Comment on "yes" remarks Include date & place of treatment/medication もし、YESの場合いつ、どこ でどのような治療をしました か？薬名も記入して下さい
Diabetes 糖尿病			Allergies & reactions アレルギーと副作用		
Hypertension 高血圧			Blood Type if known 血液 RH (-) マイナス		
Heart Disease 心臓病			Operations/Hospitalizations (Year & Reason) 手術と入院の有無 いつ受けてどういう理由で		
Mitral Valve Prolapse 僧房弁逸脱			Anesthetic Complications 麻薬使用時の合併症		
Autoimmune Disorder 自己免疫疾患			History of Abnormal Pap 子宮ガン検診での異常		
Kidney Disease/UTI/Stones 腎疾患/尿路感染/腎結石			Uterine Abnormalities 子宮内異常		
Neurological disease /Epilepsy/Migraine 神経疾患/てんかん/偏頭痛			Infertility and Treatment 不妊症		
Psychiatric illness, depression, postpartum depression 精神病/うつ病/産後うつ			Breast or GYN surgery 乳房や子宮、骨盤内の手術		
Hepatitis/Liver/GI disease 肝炎/肝臓、消化器疾患			Skin Disorders 皮膚科疾患		
Varicosities/Phlebitis 静脈瘤/静脈炎			Tattoos/Piercing(s) 入れ墨やピアス		

(continued on next page)

**ANTEPARTUM RECORD**  
US Naval Hospital Okinawa PSC 482 FPO AP 96362

Disease/Diagnosis 病名 診断	Y= Yes N= No	Comment on "yes" remarks Include date & place of treatment/medication もし、YES の場合いつ、 どこでどのような治療をし ましたか？薬名も記入して 下さい	Disease/Diagnosis 病名 診断	Y= Yes N= No	Comment on "yes" remarks Include date & place of treatment/medication もし、YES の場合いつ、どこ でどのような治療をしました か？薬名も記入して下さい
Thyroid Disease (hypothyroidism/hyperthyroidism) Thyroid Medications? Specify dosage of medication.  甲状腺機能不全（低下症か亢進 症）の薬を飲んでいますか？ 薬の名前を書いてください			Asthma ぜんそく		
History of blood disorders 血液疾患			History of blood transfusion(s) 輸血		

<b>PERSONAL HISTORY 個人歴</b>		
DO YOU SMOKE? YES NO たばこ Amount per day 1 日量 _____  How long? 期間 _____  Do you want to quit? YES NO たばこをやめたいですか？	ALCOHOL YES NO アルコール Amount per day 1 日量 _____  How long? 期間 _____  Last used? _____	RECREATIONAL DRUGS YES NO 麻薬、コカインの使用 Amount per day 1 日量 _____  How long? 期間 _____  Last used? _____

INFECTION HISTORY 感染歴	YES	NO	FAMILY HISTORY 家族の既往歴	YES	NO	COMMENTS: Mother Father Grandmother Grandfather Sibling コメント
Chicken pox, measles, mump 水疱瘡／麻疹／おたふく			Hypertension 高血圧			
Tuberculosis 結核			Diabetes 糖尿病			
Genital Herpes 性器ヘルペス			Heart Disease 心臓病			
Sexual Transmitted Disease 性行為感染症			Epilepsy てんかん			
High risk of Hepatitis B or Immunized B 型肝炎			Asthma ぜんそく			
Do you have a cat? 猫を飼っていますか？			Multiple births 多胎出産			

**ANTEPARTUM RECORD**  
US Naval Hospital Okinawa PSC 482 FPO AP 96362

GENETICS SCREENING – Includes baby’s father or anyone in either family with:					
遺伝病審査—赤ちゃんの母親、父親またはその家族に下記の遺伝病はありますか？					
	YES	NO		YES	NO
Patient’s age >34 years 患者の年齢が 34 歳以上			Huntington’s Chorea ハンチントン舞踏病		
Thalassemia (or Italian, Greek, Mediterranean, or Asian descent): サラセミア(イタリア人、ギリシャ人、地中海地方出身、アジア人)			Mental Retardation 精神遅滞 / (If yes, was person tested for fragile X?) もし、YES の場合 脆弱 X 症候群の検査を受けましたか？		
Neural Tube Defect (Spina Bifida Meningomyelocele, , or Anencephaly) 神経管欠損 (髄膜脊髄瘤、二分脊椎、無脳症、無頭蓋症)			Other inherited genetic or chromosomal disorder 遺伝や染色体異常		
Down Syndrome ダウン症候群			Canavan disease カナバン病		
Tay-sachs (or Jewish, Cajun, French Canadian descent) ティサック病 (ユダヤ人、ケージャ人、フランス人 カナダ人)			Patient or baby’s father had a child with birth defects not listed above 患者または、赤ちゃんの父親に上記にあげた以外に先天性異常のお子さんがある		
Hemophilia or other bleeding disorders 血友病や血液の病気			Recurrent pregnancy loss or stillbirth 習慣性流産、死産		
Sickle cell disease or trait (African or African-American descent) 鎌状赤血球貧血患者または保因者			Medications since last menstrual period (If yes, list agents) 最終月経の後、薬または、麻薬 コカインなどを使用した		
Congenital heart defect 先天性心疾患			Autism 自閉症		
Cystic Fibrosis (Caucasian descent) 嚢胞性線維症			Other significant family history (see comments) その他の家族の方の病気、既往歴		

If you answer yes to any of the four following questions, please be advised that the provider may be required to report the information to the proper authorities.

下記の4つの質問の答えがYES の場合その事情を適切な担当者に報告することになります

- Have you ever been a victim of incest, rape, or sexual assault?  Yes  No  
今までに近親相姦、レイプまたは、性的暴行の被害にあった事がありますか？
- Are you in a relationship with a person who threatens or physically hurts you?  Yes  No  
あなたはパートナーから脅されていたり、暴行をうけていますか？
- Has anyone forced you to have sexual activities that made you feel uncomfortable?  Yes  No  
誰かに性行為を強制されましたか？
- Within the past year—or since you have been pregnant—have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone? Yes  No  
1年以内にあなたが妊娠していた時から殴る、蹴るの暴行、または身体的に誰かにけがを負わされましたか？

**ANTEPARTUM RECORD**  
**US Naval Hospital Okinawa PSC 482 FPO AP 96362**

**CLINIC POLICIES**

クリニックポリシー

The patient agrees to arrive 15 minutes prior to ALL their scheduled appointments. The patient must bring their outpatient medical record to their initial visit with a provider. Active Duty Navy and Marine Corps personnel must have a scheduled appointment with occupational health for screening. Air Force and Army personnel must go through their command for occupational health screening. By signing below you are agreeing to our policies

全ての患者様は予約時間の15分前までに到着してください。医者との面談（診察）時にカルテを持ってこなければなりません。現役勤務 海軍、海兵隊、空軍はOCC (OCCUPATIONAL HEALTH) にて健康診断を受けなければなりません。下記に署名をすることによって あなたは我々の方針に同意しています。

**PRIVACY ACT STATEMENT**

プライバシーアクトステイトメント

The principle purpose for this information is for routine planning and documentation of your health care. Authority for collecting this information includes Sections 133, 1071-87, 3012, 5031 and 8012, title 10, United States Code and Executive Order 9397. Members of your medical health care team will have access to this information. For military personnel, disclosure of this information is mandatory because of the need to document all active duty medical incidents in view of future rights and benefits. In the case of all other personnel/beneficiaries, the requested information is voluntary. Your signature acknowledges that you have been advised of the above Privacy Act Statement.

この情報の主な目的はあなたの健康管理の立案と書類作りです。医療チーム関係者はこの情報にアクセスできます。軍人事部もアクセスできます。下記に署名をすることによってあなたは我々の方針（Privacy Act Statement）に同意しています。

**Patient Signature** サイン: \_\_\_\_\_ **Date** 日付: \_\_\_\_\_