

◆◆◆所有科室 通用问诊单◆◆◆

\_\_\_\_\_科

全科 共通問診票

姓名 氏名				患者 ID	-	-
身高 身長	cm	体重 体重	kg	※ <input type="checkbox"/> 无变化 (変わらない)	<input type="checkbox"/> 变胖 (太った)	<input type="checkbox"/> __个月瘦了__ kg (__ヶ月で__ kg やせた)

■紧急情况下，我们医院需联系的患者本人以外的其他联系人信息 / 緊急時に当院から連絡させていただくご本人様以外の連絡先

姓名/氏名		联系方式/連絡先	
关系/続柄	母语/母国語	母语以外的可使用语言/母国語以外で対応可能な言語	

1 现在，请告知有什么症状或者就诊原因。  
現在、どのような症状がありますか？もしくは受診の理由をお知らせください。

2 症状是从什么时候开始出现的？ 从阳历\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日左右开始  
症状が始まったのはいつ頃からですか？ (西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃から)

3 如果有至今为止患过的病（既往史）、正在治疗的病，在病名栏打☑。  
另外，进行手术过的病，在手术栏打☑。  
今までかかった病気（既往歴）、治療中の病気があれば、病名欄に☑を付けてください。  
また、手術を行ったものには手術欄に☑をつけてください。

病名 手术 病名 手術	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	食道、胃、腸疾病 食道、胃、腸の病気	病名 手术 病名 手術	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	甲状腺疾病 甲状腺の病気	病名 手术 病名 手術	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	糖尿病 糖尿病	病名 手术 病名 手術	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	习惯性头疼 習慣性頭痛
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	呼吸器官疾病 呼吸器の病気	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	乳腺疾病 乳腺の病気	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	高血压 高血圧	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	眼疾病 眼の病気
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	心脏、血管疾病 心臓・血管の病気	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	血液疾病 血液の病気	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	哮喘 ぜんそく	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	癌症 がん
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	脑疾病 脳の病気	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	泌尿器官疾病 泌尿器の病気	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腰痛、关节痛 腰痛・関節痛	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	其他疾病 その他の病気
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	肾脏疾病 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	肝、胆、胰脏疾病 肝・胆・膵臓の病気	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	风湿病 リウマチ			

4 现在，是否正在服用药物？ 是 药品名（ ） 否  
現在、薬を飲んでいますか？ はい 薬品名 いいえ

5 您带了药物记录本吗？ 是 否(☑今天忘了)  
お薬手帳を持参していますか？ はい いいえ(本日忘れた)

6 是否有过敏史？ 是(☑出现荨麻疹 失去意识) 否  
アレルギーはありますか？ はい (じんましんが出た 意識がなくなった) いいえ

药品名 ( )	造影剂 ( )		
食品名 <input type="checkbox"/> 香蕉 <input type="checkbox"/> 牛油果 <input type="checkbox"/> 栗子 <input type="checkbox"/> 猕猴桃	<input type="checkbox"/> 除了如左侧所述( )		
食品名 パナナ アボカド クリ キウイフルーツ	左記以外( )		
金属 ( )	<input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 橡胶制品	<input type="checkbox"/> 除了如左侧所述( )	
金属	その他 ゴム製品	( )	
※创可贴斑疹	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	左記以外( )	
ばんそうこかぶれ	あり なし		

7 告知生活习惯。

生活習慣について教えてください

饭量 食事の量	<input type="checkbox"/> 少量 少量	<input type="checkbox"/> 一般 普通	<input type="checkbox"/> 多 多い
睡眠	<input type="checkbox"/> 睡得好 よく眠れる	<input type="checkbox"/> 睡不着 眠れない	
饮酒习惯 飲酒の習慣	<input type="checkbox"/> 不饮酒 飲まない	<input type="checkbox"/> 每天 毎日	<input type="checkbox"/> 偶尔 たまに
酒的种类 お酒の種類	<input type="checkbox"/> 日本酒 日本酒	<input type="checkbox"/> 啤酒 ビール	<input type="checkbox"/> 洋酒 洋酒
吸烟习惯 喫煙の習慣	<input type="checkbox"/> 从未吸烟过 一度も吸ったことがない	<input type="checkbox"/> 过去曾吸烟 ( ) 支/日、( ) ~ ( ) 岁、( ) 年 過去に喫煙 ( ) 本/日、( ) ~ ( ) 才、( ) 年間	<input type="checkbox"/> 其他 その他
	<input type="checkbox"/> 目前正在吸烟 現在喫煙中	( ) 支/日、( ) ~ ( ) 岁、( ) 年 ( ) 本/日、( ) ~ ( ) 才、( ) 年間	

8 告知排尿、排便情况。

排尿、排便について教えてください

排尿 1 日( )次、排便 ( ) 日 ( )  
 排尿 1 日( )回、排便 ( ) 日に ( ) 回

9 仅女性回答。

关于生理（末次月经） 阳历 ( ) 年 ( ) 月

女性の方のみお答えください 生理について（最終月経） 西暦 ( ) 年 ( ) 月

怀孕的可能性 怀孕中 怀孕的可能性 绝经  
 妊娠の可能性 妊娠中 妊娠の可能性 閉経

10 如果有关系到生命的疾病（癌症等），是否希望告知。

命にかかわる病気（がんなど）の場合、告知の希望について教えてください。

希望 不希望  
 希望する 希望しない

11 目如果您无法自行做出决定或表达意愿，您希望谁来代替您做决定？（括号内为优先顺序）

ご自身で意思決定・意思表示ができなくなった場合に、どなたに代わりの意思決定をお願いしたいですか？（カッコ内は優先順位）

<input type="checkbox"/> ( ) 配偶 配偶者	姓名 氏名	联系方式 連絡先
<input type="checkbox"/> ( ) 父母 親	姓名 氏名	联系方式 連絡先
<input type="checkbox"/> ( ) 子女 子ども	姓名 氏名	联系方式 連絡先
<input type="checkbox"/> ( ) 其他 ( ) その他	姓名 氏名	联系方式 連絡先

12 您是否用在线读卡机读取《个人编号卡》，以此替代出示《保险证（医保卡）》？

マイナンバーカードを保険証として利用するため、オンライン保険証確認機を使用されましたか？

是 否  
 はい いいえ

13 （如果您对 12 回答“是”，请回答此项问题）如果您将《个人编号卡》替代《保险证》使用，本院可以直接查阅您的就诊记录、用药情况、“特定健诊”接受情况等必要的诊疗信息。在线读卡机系统会问您是否同意本院查阅上述信息。您是否选择“同意”？

(12 で「はい」の方のみ)マイナンバーカードを保険証として利用することで当院は患者さんの受診歴、薬剤情報、特定健診情報やその他必要な診療情報を確認できます。オンライン保険証確認機の画面で当院が情報確認することに同意しましたか？

是 否  
 はい いいえ

本院会通过在线参保人确认来收集和参照患者的相关诊疗信息，以便提供更优质的医疗服务。建议您尽可能选择使用《个人编号卡》进行参保人确认（使用个人编号卡保险证），以便本院能获得正确可靠的信息。

当院はオンライン資格確認による診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードによる資格確認(マイナ保険証の利用)にご協力をお願いいたします。