

◆◆◆ Medical Interview Sheet Common to All Departments ◆◆◆

全科 共通問診票

_____科

Name 氏名		Patient ID 患者 ID		-	-
Height 身長	cm	Body weight 体重	kg	* <input type="checkbox"/> Not changed (変わらない) <input type="checkbox"/> Increased (太った) <input type="checkbox"/> Reduced by ____ kg in ____ months (___ヶ月で__ kg やせた)	

■ Contact details for someone other than yourself, to be contacted by our hospital in case of an emergency.
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

Name/氏名		Contact details/連絡先	
Relationship/続柄	Native Language/母国語	Other Language Spoken/母国語以外で対応可能な言語	

1 What are your current symptoms? Or please let us know the reason for this visit.
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 When did the symptoms start? They started around (date: _____).
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 Check the applicable disease box(es) of your previous ailment(s) and current ailment(s) under treatment, if any. If you have undergone surgery, check the applicable surgery box(es).
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☑を付けてください。

Disease 病名	Surgery 手術		Disease 病名	Surgery 手術		Disease 病名	Surgery 手術	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esophageal, gastric, and/or intestinal disease 食道、胃、腸の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood disease 血液の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatism リウマチ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratory disease 呼吸器の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urological disease 泌尿器の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habitual headache 習慣性頭痛
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart and/or vascular disease 心臓・血管の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver, gallbladder, or pancreas disease 肝・胆・膵臓の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eye disease 眼の病気
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brain disease 脳の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer がん
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney disease 腎臓の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other disease その他の病気
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid disease 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma ぜんそく			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mammary gland disease 乳腺の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lower back pain/joint pain 腰痛・関節痛			

4 Are you taking any medications? Yes (drug name _____) No
現在、薬を飲んでますか？ はい 薬品名) いいえ

5 Are you bringing your medication record book? Yes No (Forgot today)
お薬手帳を持参していますか？ はい いいえ (本日忘れた)

6 - Are you allergic? Yes (Urticaria Loss of consciousness) No
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

Drugs 薬品名	(_____)	Contrast agent 造影剤	(_____)
Foods 食品名	<input type="checkbox"/> Banana (バナナ) <input type="checkbox"/> Avocado (アボカド) <input type="checkbox"/> Chestnut (クリ) <input type="checkbox"/> Kiwi fruit (キウイフルーツ)	<input type="checkbox"/> Other than as noted on the left (_____)	(_____)
Metals 金属	(_____)	Other <input type="checkbox"/> Rubber products (_____)	<input type="checkbox"/> Other than as noted on the left (_____)
*Rash due to adhesive plaster ばんそうこうがぶれ	<input type="checkbox"/> Yes (あり)	<input type="checkbox"/> No (なし)	

7 Tell us about your lifestyle.

生活習慣について教えてください

- Size of meal (食事の量) Small (少量) Regular (普通) Large (多い)
- Sleep (睡眠) Sleep well (よく眠れる) Cannot sleep (眠れない)
- Alcohol habit (飲酒の習慣) Do not drink alcohol (飲まない) Drink alcohol every day (毎日) Drink alcohol occasionally (たまに)
- Types of alcoholic drinks consumed (お酒の種類) Japanese sake (日本酒) Beer (ビール) Western-style alcoholic drinks (洋酒) Other (その他)
- Smoking habit (喫煙の習慣) Never smoked before (一度も吸ったことがない) Smoked in the past (過去に喫煙) () cigarettes per day, ()-() years old, () years ()本/日、()～()才、()年間
 Currently smoking (現在喫煙中) () cigarettes per day, ()-() years old, () years ()本/日、()～()才、()年間

8 Tell us about your urination and defecation. Urinate () times a day; defecate () times in () day(s)
 排尿、排便について教えてください 排尿 1日()回、排便 ()日に()回

9 Please answer the following questions if you are female: Menstruation (last menstruation): (MM , YYYY);
 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

Possibility of pregnancy: Pregnant (妊娠中) Potentially pregnant (妊娠の可能性) Menopausal (閉経)
 妊娠の可能性

10 Do you want to be informed if you have a life-threatening disease (e.g., cancer)? Yes (希望する) No (希望しない)
 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

11 In case you are unable to make decisions or express your will, whom would you like to make decisions on your behalf? (Priority in brackets)

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"/> () Spouse (配偶者)	Name (氏名)	Contact details (連絡先)
<input type="checkbox"/> () Parents (親)	Name (氏名)	Contact details (連絡先)
<input type="checkbox"/> () Children (子ども)	Name (氏名)	Contact details (連絡先)
<input type="checkbox"/> () Other (その他)	Name (氏名)	Contact details (連絡先)

12 Did you use an online eligibility verification machine to use your Individual Number Card ("My Number Card") as your health insurance card?

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？

- Yes (はい) No (いいえ)

13 (If "Yes" to 12) Using your Individual Number Card as your health insurance card allows this hospital to check your consultation history, medication information, specific health checkup information, and other necessary medical care information.

Did you agree to checking of such information by this hospital on the screen of the online eligibility verification machine?

(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？

- Yes (はい) No (いいえ)

At this hospital, we obtain and utilize medical care information through the use of the online eligibility verification system, to provide high-quality medical care. In order to obtain and utilize accurate information, we ask for your cooperation in using your Individual Number Card (utilization of your "My Number Card" as your health insurance card). 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。