

※病院職員記入欄/医院职员填写栏※



体温 体温	°C	血压 血压	/	脈拍 脉搏	/分
SpO2 血氧饱和度	%	身長 身高	cm	体重 体重	kg

千葉大学医学部附属病院 病院共通<初診>問診票
 千葉大学医学部附属医院 医院通用<初诊>问诊表

記入日/填写日: 20 年 月 日

お名前 姓名	生年月日 出生年月日	年	月	日
職業 职业	電話番号 电话号码	-	-	
	(現在無職の方は直近の職業) (目前无业者填写最近的职业)	国籍	<input type="checkbox"/> 日本/日本	
		国籍	<input type="checkbox"/> その他/其他 ()	

当院は診療情報を取得・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。
 本院通过获取、利用诊疗信息，致力于提供高质量的医疗。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。
 为了获取、利用准确的信息，请配合使用个人编号卡保险证。
 ◆医療情報取得加算（初診時）加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)
 医疗信息获取加算（初诊时）加算1 3个点 加算2 1个点（使用个人编号卡保险证时）

マイナンバーカード/个人编号卡 (有/有・無/无)

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？
 是否同意院方通过个人编号卡保险证获取诊疗信息？ (いいえ/否・はい/是)

他の医療機関から紹介状はお持ちですか？
 是否持有其他医疗机构的介绍信？ (いいえ/否・はい/是)

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？
 1年内是否接受过特定体检及高龄者体检？ (いいえ/否・はい/是)

健診時期/体检时期 (年 月)
 指導事項/要求今后注意的事项

来院された主な理由について/来院主要理由
① 今一番お困りのことは何ですか。 目前最困扰您的是什么？

② お困りのことについて詳しくお書きください
 请详细填写您的困扰

いつから（○月△日から、○日前から）、経過、前医（紹介元）から説明されている内容など
 从何时开始（从○月△日、从○天前开始）、经过、之前的医生（原医院）向您说明的内容等

今までに診断・治療された病気について/至今为止曾被诊断、治疗过的疾病

③ 以下の病気と言われたことがあれば、○をつけてください。
 如果曾被诊断患有以下疾病，请用○圈出。

高血圧/高血压 ・ 糖尿病/糖尿病 ・ 脂質異常症/血脂异常 ・ 心臓病/心脏病
 腎臓病/肾病 ・ 脳血管障害/脑血管障碍 ・ 呼吸器疾患/呼吸系统疾病
 血液疾患/血液疾病 ・ がん/癌症

④ 現在通院している病気や過去にかかったことのある病気を記入してください。
 请填写目前正在定期去医院就诊的疾病、曾患过的疾病。

西暦または年齢 公历或年龄	病名・手術名 病名/手术名	治療状況 治疗情况	病院・診療所名 医院/诊所名称
		終了・通院中 已结束/定期就诊中	

⑤ 今までに手術を受け、体内に金属はありますか
 至今是否接受过手术，并在体内留有金属？

ない/没有
ある/有（どのような金属ですか/什么样的金属：_____）

⑥ 入れ墨、アートメイクをしていますか
 是否有纹身、纹眉？

ない/没有
ある/有（体の部位/身体部位：_____）

⑦ 取り外し可能な義歯はありますか
 是否有可取下的假牙？

ない/没有
ある/有（部位/部位：_____）

⑧ 家族(血縁)が下記の病気だった場合、全てにチェックをし、カッコに続柄を記入してください。
 如果亲属(血缘)患有以下疾病，请在所有符合的选项前打勾，并在括号内注明是何种亲属关系。

高血圧 () 糖尿病 () 脂質異常症 ()
 高血压 糖尿病 血脂异常

心臓病 () 脳血管障害 () がん ()
 心脏病 脑血管障碍 癌症

その他 病名/病名: 病名/病名: 病名/病名:
 其他 続柄/关系: () 続柄/关系: () 続柄/关系: ()

お薬について/关于药物

⑨ 現在、使用しているお薬（内服・外用・注射・市販薬を含みます）はありますか？

目前是否有正在使用药物（包括口服药、外用药、注射剂、非处方药）？

なし/没有

あり/有 → ・マイナ保険証に同意いただいた方は記入不要です。
已同意使用个人编号卡保险证者无需填写。
・お薬手帳をお持ちの方は、窓口へ提出いただければ記入不要です。
持有用药手册者如果将用药手册交至窗口，则无需填写。

※マイナ保険証に同意していない・お薬手帳をお持ちでない方のみ、以下に記入してください。

仅需未同意使用个人编号卡保险证或无用药手册者填写以下内容。

薬剤名/药物名称：

⑩ その他、漢方薬やサプリメント、健康食品など摂取しているものがあれば記入してください。

其他如有正在服用的汉方药、营养补充剂、保健品等，请填写。

※使用している場合、手術など治療に影響を与える可能性があります。記入の上、必ず医師に相談してください

如果您正在使用这些药物，可能对手术等治疗产生影响。请填写并务必向医生咨询。

アレルギーについて/关于过敏

⑪ 食物アレルギーはありますか？ 例：たまご、乳製品、小麦、ピーナツなど

是否有食物过敏？ 例如：蛋、乳制品、小麦、花生等

ない・知らない/没有/不知道

ある/有（品名/品名： _____ 症状/症状： _____ ）

⑫ 薬剤アレルギーはありますか？ 例：造影剤、抗生物質、麻酔など

是否有药物过敏？ 例如：造影剂、抗生素、麻醉等

ない・知らない/没有/不知道

ある/有（品名/品名： _____ 症状/症状： _____ ）

⑬ その他アレルギーはありますか？ 例：金属、ラテックス、アルコール剤など

是否有其他过敏？ 例如：金属、乳胶、酒精制剂等

ない・知らない/没有/不知道

ある/有（品名/品名： _____ 症状/症状： _____ ）

生活習慣について/关于生活习惯

⑭ お酒について/关于饮酒

飲まない/不饮酒

過去に飲んでいたがやめた(1ヶ月以上経過)/曾经饮酒，但已戒酒（已戒1个月以上）
やめた年齢/戒酒年齢（ _____ ）歳頃/岁左右

飲む/饮酒 いつから/从（ _____ ）歳から/岁开始

（ _____ ）回/週/次/周

種類/种类：（ _____ ）

1回の量/1次的量：（ _____ ）杯/杯

<p>⑮ たばこについて/关于吸烟</p> <p><input type="checkbox"/> 今まで吸ったことがない/至今为止从未吸过烟</p> <p><input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた(1ヶ月以上経過)/曾经吸烟, 但已戒烟 (已戒1个月以上) →以下に詳細を記入してください/请在下方填写详细信息</p> <p><input type="checkbox"/> 今も吸っている/现在仍然吸烟 →以下に詳細を記入してください/请在下方填写详细信息</p> <p>喫煙年数/吸烟年数 () 年 年齢/年龄 () 歳/岁 ~ () 歳頃まで/岁左右</p> <p>喫煙本数/吸烟支数 () 本/日/支/天</p>
<p>女性の方にお伺いします/女士请回答以下问题</p>
<p>⑯ 現在、妊娠していますか/目前是否正在怀孕?</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ/否</p> <p><input type="checkbox"/> 可能性がある・はい/有可能/是</p> <p>妊娠/怀孕第 週目/周 分娩予定日/预产期 年 月 日</p>
<p>⑰ 現在、授乳していますか/目前是否正在哺乳?</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ/否 <input type="checkbox"/> はい/是</p>
<p>病院職員に知っておいてほしいことを自由に記載ください。 请自由填写希望医院职员知晓的事项。</p>

ご協力ありがとうございました。すべてを記入したら、受付へご提出をお願いします
 感谢配合。全部填写完毕后, 请交至受理窗口。

※診療科用に別の間診票に記入いただく場合があります。ご確認ください。
 可能需要您填写诊疗科用的另外的问诊表。请确认。

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉
 や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

本文件是在医生、法律专家等的监制下编写而成的, 如果因日本与外国的语言、制度等的不同
 而出现解释上的差异时, 将以日语为准。