



※病院職員記入欄/Fields to be filled by hospital staff※

体温 Body temperature	℃	血圧 Blood pressure	/	脈拍 Pulse	/分 /min.
SpO2	%	身長 Height	cm	体重 Weight	Kg

千葉大学医学部附属病院 病院共通<初診>問診票  
Common Questionnaire for First Consultation  
at Chiba University Hospital

記入日/Entry date: 20 年 月 日(20YY/MM/DD)

お名前 Name		生年月日 Date of birth	年 月 日 / / (YYYY/MM/DD)
職業 Occupation	(現在無職の方は直近の職業/ If you are without an occupation currently, please indicate your most recent work)	電話番号 Telephone No.	- -
		国籍 Nationality	<input type="checkbox"/> 日本/Japan <input type="checkbox"/> その他/Other ( )

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。

We are making efforts to provide high-quality medical services by obtaining/utilizing medical information.

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。

You are being asked to show your Individual Number Card as a health insurance card issued by the Government of Japan, which makes accurate information available.

◆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)

Medical Service Fee Point to be added for medical information acquisition (first consultation): Addition one, three points; Addition two, one point (if your Individual Number Card was shown)

マイナンバーカード

Do you have your Individual Number Card?

(有/Yes ・ 無/No)

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか?

Do you agree to providing your medical information which we can obtain from your Individual Number Card?

(いいえ/No ・ はい/Yes)

他の医療機関から紹介状はお持ちですか?

Do you have a referral from another medical institution?

(いいえ/No ・ はい/Yes)

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか?

Have you undergone a specified medical check or Elderly Person Health Checkup within a year?

(いいえ/No ・ はい/Yes)

健診時期/Time when medical check was conducted: 年/月(YYYY/MM)

指導事項/Instructions provided by the medical check:

来院された主な理由について/Major reason for visiting our hospital

① 今一番お困りのことは何ですか。

What is the most significant health problem for you now?

② お困りのことについて詳しくお書きください

Please provide details on this health problem.

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

e.g., onset date, duration, course, and details explained by your former attending physician (referring medical institution)

今までに診断・治療された病気について/Diseases previously diagnosed/treated

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。

Please circle all applicable terms for the diseases below that you have been diagnosed.

高血圧/Hypertension ・ 糖尿病/Diabetes mellitus ・ 脂質異常症/Lipid abnormality

心臓病/Heart disease ・ 腎臓病/Kidney disease ・ 脳血管障害/Cerebrovascular disorder

呼吸器疾患/Respiratory disease ・ 血液疾患/Blood-related disease ・ がん/Cancer

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。

Indicate **diseases for which you check with a doctor regularly or which have previously developed** below, if applicable.

西暦または年齢 Christian calendar year or age at onset	病名・手術名 Name of disease/surgical technique	治療状況 Treatment status	病院・診療所名 Name of hospital/clinic
		終了・通院中 Completed / Ongoing	

⑤ 今までに手術を受け、体内に金属はありますか

Have you undergone a surgery in which a metallic component is retained in your body?

ない/No  ある/Yes

(どのような金属ですか Please specify the type of the metallic component: )

⑥ 入れ墨、アートメイクをしていますか  
Have you undergone tattoo or permanent  
makeup in any body organ?

ない/No  ある/Yes

(体の部位/Body region: )

⑦ 取り外し可能な義歯はありますか  
Do you have a removable denture?

ない/No  ある/Yes

(部位/Region: )

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。

Check all the below boxes of terms for diseases that any of your family members (relatives) have been diagnosed, and insert the relationship status of the person to you into the parenthesis.

高血圧/Hypertension ( )  糖尿病/Diabetes mellitus ( )

脂質異常症/Lipid abnormality ( )  心臓病/Heart disease ( )

<input type="checkbox"/> 脳血管障害/Cerebrovascular disorder ( )	<input type="checkbox"/> がん/Cancer ( )
<input type="checkbox"/> その他 病名/Name of Disease: _____	病名/Name of Disease: _____
続柄/Relationship to you: ( )	続柄/Relationship to you: ( )
病名/Name of Disease: _____	
続柄/Relationship to you: ( )	

**お薬について/Medications**

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？  
Are you currently taking any medications (e.g., oral/topical agent, injection, and over-the-counter product)?

なし/No

あり/Yes → ・マイナ保険証に同意いただいた方は記入不要です。

No further entry is required for individuals who agreed to showing the Individual Number Card.

・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。

No further entry is required for individuals who can submit their own prescription record to our clerk.

**※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。**

**Please provide us with the following information Only if you do not agree to showing your Individual Number Card, or only if you have no prescription record:**

薬剤名/Name of medication: \_\_\_\_\_

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。

Please indicate other preparations, herbal medicines, supplements, and health food products that you are currently taking, if applicable.

※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

If applicable, any of the above products may affect a therapeutic procedure such as surgery. Please make sure to indicate the relevant information for discussion with your doctor.

**アレルギーについて/Allergies**

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

Do you have a food-related allergy (e.g., egg, dairy product, wheat, and peanut)?

ない/No・知らない/Unknown

ある/Yes (品名/Product name: \_\_\_\_\_ 症状/Symptom: \_\_\_\_\_)

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

Do you have a medication-related allergy (e.g., contrast agent, antibiotic, and anesthetic)?

ない/No・知らない/Unknown

ある/Yes (品名/Product name: \_\_\_\_\_ 症状/Symptom: \_\_\_\_\_)

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

Do you have any other type of allergy (e.g., metal, latex, and alcohol-based product)?

ない/No・知らない/Unknown

ある/Yes (品名/Product name: \_\_\_\_\_ 症状/Symptom: \_\_\_\_\_)

生活習慣について/Habits
⑭ お酒について/Drinking
<input type="checkbox"/> 飲まない/Non-drinker <input type="checkbox"/> 過去に飲んでいたがやめた(1ヶ月以上経過)/Former drinker for at least a month: <u>やめた年齢/ age at quitting drinking: around (        ) 歳頃/ years old</u>
<input type="checkbox"/> 飲む/Current drinker: <u>いつから/age at starting drinking, around (        ) 歳から/years old</u> <u>(        ) 回/週/ times/week</u> <u>種類/ Type of alcoholic beverage: (        )</u> <u>1回の量/ Volume of drinking per occasion: (        ) 杯/glasses</u>
⑮ たばこについて/Smoking
<input type="checkbox"/> 今まで吸ったことがない Non-smoker <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた(1ヶ月以上経過) → 以下に詳細を記入してください Former smoker for at least a month → Specify below <input type="checkbox"/> 今も吸っている → 以下に詳細を記入してください Current smoker → Specify below
<u>喫煙年数/Smoking duration: (        ) 年/years</u> <u>年齢/Age: from around (        ) 歳～/to (        ) 歳頃まで/years old</u> <u>喫煙本数/No. of cigarettes: (        ) 本/日/cigarettes/day</u>
女性の方にお伺いします If you are a biological woman, please answer the following questions.
⑯ 現在、妊娠していますか/Are you currently pregnant? <input type="checkbox"/> いいえ/No <input type="checkbox"/> 可能性がある/Possible ・ はい/Yes <u>妊娠 週目/ The (        )th week of pregnancy</u> <u>分娩予定日/Estimated date of delivery:        年/        月/        日(YYYY/MM/DD)</u>
⑰ 現在、授乳していますか/Are you currently breastfeeding? <input type="checkbox"/> いいえ/No <input type="checkbox"/> はい/Yes
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。 Please indicate information freely, which you would like to let our hospital staff know.

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。

Thank you for your cooperation. Please submit this form to our clerk after filling in all necessary fields.

※診療科用に別の問診票に記入いただく場合があります。ご確認ください。

**Please note that you may be asked to complete another questionnaire for consultation at a department.**

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。

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others.

When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.