医院职员管理二维码
/病院職員管理コード

20260826_1.2

※医院职员填写栏/病院職員記入欄※

体温	℃	血压	/	脉拍	/分
SpO2	%	身長	cm	体重	kg

千叶大学医学部附属医院　医院通用<初诊>问诊表

千葉大学医学部附属病院　病院共通<初診>問診票

填写日/記入日: 20　　年　　月　　日

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

本院通过获取、利用诊疗信息，致力于提供高质量的医疗。
/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。
为了获取、利用准确的信息，请配合使用个人编号卡保险证。
/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。
◆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）
/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)

・是否持有个人编号卡? /マイナンバーカード　（有/有・无/無）

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

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

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

・体检时期/健診時期（　　年　　月）被要求今后注意的事项/指導事項

来院主要理由 /来院された主な理由について

① 目前最困扰您的是什么？/今一番お困りのことは何ですか。

② 请详细填写您的困扰 /お困りのことについて詳しくお書きください

从何时开始（从〇月△日、从〇天前开始）、经过、之前的医生（原医院）向您说明的内容等

/いつから（〇月△日から、〇日前から）、経過、前医（紹介元）から説明されている内容など

至今为止曾被诊断、治疗过的疾病 /今までに診断・治療された病気について

③ 如果曾被诊断患有以下疾病，请用〇圈出。/以下の病気と言われたことがあれば、〇をつけてください。

高血压/高血圧 ・ 糖尿病/糖尿病 ・ 血脂异常/脂質異常症 ・ 心脏病/心臓病 ・ 肾病/腎臓病

脑血管障碍/脳血管障害 ・ 呼吸系统疾病/呼吸器疾患 ・ 血液疾病/血液疾患 ・ 癌症/がん

④ 请填写<u>目前正在定期去医院就诊的疾病、曾患过的疾病。</u>

/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。

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

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

□没有/ない　□有/ある（什么样的金属/どのような金属ですか：　　）

⑥ 是否有纹身、纹眉？/入れ墨、アートメイクをしていますか

□没有/ない　□有/ある

（身体部位/体の部位：　　）

⑦ 是否有可取下的假牙？/取り外し可能な義歯はありますか

□没有/ない　□有/ある

（部位/部位：　　）

⑧ 如果亲属（血亲）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。

/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。

□高血压/高血圧（　　）　□糖尿病/糖尿病（　　）　□血脂异常/脂質異常症（　　）

□心脏病/心臓病（　　）　□脑血管障碍/脳血管障害（　　）□癌症/がん（　　部位：　　）

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

关于药物/お薬について

⑨ 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）

/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？

□没有/なし

□有/あり →・已同意使用个人编号卡保险证者无需填写。/マイナ保険証に同意いただいた方は記入不要です。

・持有用药手册者若将用药手册交至窗口，则无需填写。/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。

※<u>若您未同意使用个人编号卡保险证或无持有用药手册者</u>请填写以下内容。

/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。

药物名称/薬剤名：

⑩ 如有正在服用的其他汉方药、营养补充剂、保健品等，请填写。

/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。

※如果您正在使用这些药物，有可能对手术等治疗产生影响。请如实填写并务必向医生咨询。

/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。

关于过敏/アレルギーについて

⑪ 是否有食物过敏？　例如：蛋、乳制品、小麦、花生等

/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

□没有・不知道/ない・知らない □有/ある（品名：　　症状：　　）

⑫ 是否有药物过敏？　例如：造影剂、抗生素、麻醉等

/薬剤アレルギーはありますか？　例：造影剂、抗生物質、麻酔など

□没有・不知道/ない・知らない □有/ある（品名：　　症状：　　）

⑬ 是否有其他过敏？　例如：金属、乳胶、酒精制剂等

/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

□没有・不知道/ない・知らない □有/ある（品名：　　症状：　　）

关于生活习惯/生活習慣について

⑭ 关于饮酒/お酒について

□不饮酒/飲まない

□曾经饮酒，但已戒酒（已戒 1 个月以上）/過去に飲んでいたがやめた(1 ヶ月以上経過)

戒酒年龄（　　）岁左右/やめた年齢（ ）歳頃

□饮酒/飲む　从（　　）岁开始/いつから（ ）歳から　每週（　　）次/毎週（ ）回

酒种/種類:（　　）　1 次的量 /1 回の量:（　　）杯

⑮ 关于吸烟/たばこについて

□至今为止从未吸过烟/今まで吸ったことがない

□曾经吸烟，但已戒烟（已戒 1 个月以上）/過去に吸っていたがやめた(1 ヶ月以上経過)

→请在下方填写详细信息/以下に詳細を記入してください

□现在仍然吸烟/今も吸っている

→请在下方填写详细信息/以下に詳細を記入してください

烟龄/喫煙年数（　　）年　年龄从（　　）岁～（　　）岁左右/年齢（ ）歳～（ ）歳頃まで

吸烟支数/喫煙本数：每天（　　）支/毎日（ ）本

⑯ 是否有关于因信仰、信念所带来的限制？（饮食、输血等）/信仰・信念上の理由での制限について（食事・輸血など）

□没有/ない □有/ある（限制/制限：　　理由：　　）

女士请回答以下问题/女性の方にお伺いします

⑰ 目前是否正在怀孕？/現在、妊娠していますか

□否/いいえ □有可能・是/可能性がある・はい　目前怀孕第（　　）周 /妊娠（ ）週目

预产期/分娩予定日　　年　月　日

⑱ 目前是否正在哺乳？/現在、授乳していますか　□否/いいえ　□是/はい

请自由填写希望医院职员知晓的事项。/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。

感谢您的配合。全部填写完毕后，请交至受理窗口。

/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

※有时需要您填写各诊疗科室专属的问诊票，请予以确认。

/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。

本资料虽经医生及法律专家等监修制作，但由于日本与其他国家在语言或制度等方面存在差异，如在理解或解释上产生歧义，一律以日语版为准。

/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。