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

体温	℃	血圧	/	脈拍	/分
SpO2	%	身長	cm	体重	Kg

Common Questionnaire for First Consultation at Chiba University Hospital

千葉大学医学部附属病院　病院共通<初診>問診票

Entry date/記入日: 20　　YY 年/　　MM 月/　　DD 日

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

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

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.
/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。

◆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)
/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

Do you have your Individual Number Card? /マイナンバーカード（Yes /有　・　No /無）

Do you agree to providing your medical information which we can obtain from your Individual Number Card? /マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（No /いいえ　・　Yes /はい）

Do you have a referral from another medical institution?
/他の医療機関から紹介状はお持ちですか？（No /いいえ　・　Yes /はい）

Have you undergone a specified medical check or Elderly Person Health Checkup within a year?
/この１年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？　（No /いいえ　・　Yes /はい）

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

Instructions provided by the medical check /指導事項:

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

① What is the most significant health problem for you now? /今一番お困りのことは何ですか。

② Please provide details on this health problem. /お困りのことについて詳しくお書きください

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

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

③ Please circle all applicable terms for the diseases below that you have been diagnosed.
/以下の病気と言われたことがあれば、○をつけてください。

Hypertension /高血圧 ・ Diabetes mellitus /糖尿病 ・ Lipid abnormality /脂質異常症
Heart disease /心臓病 ・ Kidney disease /腎臓病 ・ Cerebrovascular disorder /脳血管障害
Respiratory disease /呼吸器疾患 ・ Blood-related disease /血液疾患 ・ Cancer /がん

④ Indicate **diseases for which you check with a doctor regularly or which have previously developed** below, if applicable. /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。

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

⑤ Have you undergone a surgery in which a metallic component is retained in your body?
/今までに手術を受け、体内に金属はありますか

☐No /ない ☐Yes /ある
（Please specify the type of the metallic component/どのような金属ですか: ）

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

☐No /ない ☐Yes /ある
（Body region /体の部位: ）

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

☐No /ない ☐Yes /ある
（Region /部位: ）

⑧ 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.
/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。

☐Hypertension /高血圧（　　）　☐Diabetes mellitus /糖尿病（　　）
☐Lipid abnormality/脂質異常症（　　）　☐Heart disease/心臓病（　　）
☐Cerebrovascular disorder/脳血管障害（　　）　☐Cancer /がん（　　part/部位：　　）
☐Others /その他
Name of Disease /病名:　　Name of Disease /病名:
Relationship to you /続柄:（　　）　Relationship to you /続柄:（　　）

Medications /お薬について

⑨ Are you currently taking any medications (e.g., oral/topical agent, injection, and over-the-counter product)? /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？

☐No /なし
☐Yes /あり　→・No further entry is required for individuals who agreed to showing the Individual Number Card. /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 can submit their own prescription record to our clerk./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。

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

/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。

Name of medication /薬剤名:

⑩ Please indicate other preparations, herbal medicines, supplements, and health food products that you are currently taking, if applicable. /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。

※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.
/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。

Allergies /アレルギーについて

⑪ Do you have a food-related allergy (e.g., egg, dairy product, wheat, and peanut)?
/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

☐No /ない・Unknown /知らない
☐Yes /ある（Product name /品名：　　Symptom /症状：　　）

⑫ Do you have a medication-related allergy (e.g., contrast agent, antibiotic, and anesthetic)?
/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

☐No /ない・Unknown /知らない
☐Yes /ある（Product name /品名：　　Symptom /症状：　　）

⑬ Do you have any other type of allergy (e.g., metal, latex, and alcohol-based product)?
/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

☐No /ない・Unknown /知らない
☐Yes /ある（Product name /品名：　　Symptom /症状：　　）

Habits /生活習慣について

⑭ Drinking /お酒について

☐Non-drinker /飲まない

☐Former drinker for at least a month /過去に飲んでいたがやめた(1 ヶ月以上経過)

age at quitting drinking /やめた年齢: around （ ） years old /歳頃

☐ Current drinker /飲む

age at starting drinking /いつから, around （ ） years old /歳から

（ ） times/week /回/週

Type of alcoholic beverage /種類: （ ）

Volume of drinking per occasion /1 回の量: （ ） glasses /杯

⑮ Smoking /たばこについて

☐Non-smoker /今まで吸ったことがない

☐Former smoker for at least a month → Specify below /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

☐Current smoker → Specify below /今も吸っている →以下に詳細を記入してください

Smoking duration /喫煙年数: （ ） years /年

Age /年齢: from around （ ） ～to （ ） years old / （ ）歳～（ ）歳頃まで

No. of cigarettes /喫煙本数: （ ） cigarettes/day 本/日

⑯ Do you have any restrictions due to your religious beliefs or personal convictions? (e.g., dietary restrictions, blood transfusions, etc.) /信仰・信念上の理由での制限について（食事・輸血など）

☐No /ない ☐Yes /ある

Restrictions /制限：

Reason /理由：

If you are a biological woman, please answer the following questions. /女性の方にお伺いします

⑰ Are you currently pregnant? /現在、妊娠していますか

☐No /いいえ

☐Possible /可能性がある ・ Yes /はい

The (__)th week of pregnancy /妊娠（ ）週目

Estimated date of delivery /分娩予定日: YYYY 年/ MM 月/ DD 日

⑱ Are you currently breastfeeding? /現在、授乳していますか

☐No /ない ☐Yes /ある

Please indicate information freely, which you would like to let our hospital staff know.

/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。

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

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

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.

/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。