

◆◆所有科室 通用问诊单◆◆

全科 共通問診票

_____科

姓名

氏名

患者 ID

-

-

身高

cm

体重

kg

※无变化

变胖

__个月瘦了__kg

身長

体重

(変わらない)

(太った)

(__ヶ月で__kgやせた)

■紧急情况下，我们医院需联系的患者本人以外的其他联系人信息

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

关系 (

続柄

)

姓名

联系方式

氏名

連絡先

1 现在，请告知有什么症状或者就诊原因。

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 症状是从什么时候开始出现的？

从阳历____年____月____日左右开始

症状が始まったのはいつですか？

(西暦____年____月____日頃から)

3 如果有至今为止患过的病（既往史）、正在治疗的病，在病名栏打☑。

另外，进行手术过的病，在手术栏打☑。

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☑をつけてください。

病名

手術

病名

手術

病名

手術

病名

手術

食道、胃、腸疾病

甲状腺疾病

糖尿病

习惯性头疼

食道、胃、腸の病気

甲状腺の病気

糖尿病

習慣性頭痛

呼吸器官疾病

乳腺疾病

高血压

眼疾病

呼吸器の病気

乳腺の病気

高血圧

眼の病気

心脏、血管疾病

血液疾病

哮喘

癌症

心臓・血管の病気

血液の病気

ぜんそく

がん

脑疾病

泌尿器官疾病

腰痛、关节痛

其他疾病

脳の病気

泌尿器の病気

腰痛・関節痛

その他の病気

肾脏疾病

肝、胆、胰脏疾病

风湿病

腎臓の病気

肝・胆・膵臓の病気

リウマチ

4 现在，是否正在服用药物？

現在、薬を飲んでいますか？

是 药品名 (

はい 薬品名

)

否

いいえ

5 您带了药物记录本吗？

お薬手帳を持参していますか？

是

はい

否 (今天忘了)

いいえ (本日忘れた)

6 是否有过敏史？

アレルギーはありますか？

是 (出现荨麻疹

はい (じんましんが出た

失去意识)

意識がなくなった)

否

いいえ

药品名

(

造影剂 (

薬品名

造影剂

食品名

香蕉

牛油果

栗子

猕猴桃

除了如左侧所述 (

食品名

バナナ

アボカド

クリ

キウイフルーツ

左記以外 (

金属

(

其他

橡胶制品

除了如左侧所述

金属

その他

ゴム製品

(

※创可贴斑疹

有

无

ばんそうこうかぶれ

あり

なし

左記以外 (

7 告知生活习惯。

生活习惯について教えてください

饭量	<input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 多
食事の量	少量	普通	多い
睡眠	<input type="checkbox"/> 睡得好 よく眠れる	<input type="checkbox"/> 睡不着 眠れない	
饮酒习惯	<input type="checkbox"/> 不饮酒 飲まない	<input type="checkbox"/> 每天 毎日	<input type="checkbox"/> 偶尔 たまに
酒的种类	<input type="checkbox"/> 日本酒 日本酒	<input type="checkbox"/> 啤酒 ビール	<input type="checkbox"/> 洋酒 洋酒
吸烟习惯	<input type="checkbox"/> 从未吸烟过 一度も吸ったことがない	<input type="checkbox"/> 过去曾吸烟 () 支/日、() ~ () 岁、() 年 過去に喫煙 () 本/日、() ~ () 才、() 年間	<input type="checkbox"/> 其他 その他
喫煙の習慣	<input type="checkbox"/> 目前正在吸烟 () 支/日、() ~ () 岁、() 年 現在喫煙中 () 本/日、() ~ () 才、() 年間		

8 告知排尿、排便情况。

排尿、排便について教えてください

排尿 1 日()次、排便 () 日 ()
 排尿 1 日()回、排便 () 日に () 回

9 仅女性回答。

关于生理（末次月经） 阳历 () 年 () 月

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

怀孕的可能性 怀孕中 怀孕的可能性 绝经
 妊娠の可能性 妊娠中 妊娠の可能性 閉経

10 如果有关系到生命的疾病（癌症等），是否希望告知。

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。

希望 不希望
 希望する 希望しない

11 目如果您无法自行做出决定或表达意愿，您希望谁来代替您做决定？（括号内为优先顺序）

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"/> () 配偶 配偶者	<input type="checkbox"/> () 子女 子ども
<input type="checkbox"/> () 父母 親	<input type="checkbox"/> () 亲戚 親戚
<input type="checkbox"/> () 朋友等 友人等	<input type="checkbox"/> () 其他 その他

12 您是否用在线读卡机读取《个人编号卡》，以此替代出示《保险证（医保卡）》？

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？

是 否
はい いいえ

13 （如果您对 12 回答“是”，请回答此项问题）如果您将《个人编号卡》替代《保险证》使用，本院可以直接查阅您的用药情况、“特定健诊”接受情况等信息。在线读卡机系统会问您是否同意本院查阅上述信息。您是否选择“同意”？

(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薬剤情報や特定健診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？

是 否
はい いいえ

为确保首诊时能获得必要的信息，本院会通过在线参保人确认系统，收集和参照患者的相关诊疗信息，以便提供更优质的医疗服务。系统使用费将会按下面的标准加算至就诊费用。建议您尽可能选择使用《个人编号卡》，以便本院能获得正确可靠的信息。

当院では初診に係る十分な情報を取得する体制として、オンライン資格確認システムを利用し、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、下記の加算を算定しています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードの利用にご協力をお願いいたします。

◆医疗信息与系统基础机制完善专项加算费用

加算标准 1：4 点（首诊时未携带《转院介绍信》、且出示《保险证》者）

加算标准 2：2 点（首诊时携带《转院介绍信》、且以《个人编号卡》替代《保险证》者）

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

加算 1:4 点(初診時に「紹介状持参なし」かつ「通常保険証」を利用される場合)

加算 2:2 点(初診時に「紹介状持参あり」もしくは「マイナンバーカードを保険証」として利用される場合)