

◆◆◆ Medical Interview Sheet Common to All Departments ◆◆◆

全科 共通問診票

_____科

Name 氏名		Patient ID 患者 ID		-	-
Height 身長	cm	Body weight 体重	kg	* <input type="checkbox"/> Not changed (変わらない)	<input type="checkbox"/> Increased (太った)
				<input type="checkbox"/> Reduced by _____ kg in _____ months (__ヶ月で__ kg やせた)	

■ Contact details for someone other than yourself, to be contacted by our hospital in case of an emergency 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		Relationship 続柄 ()
Name 氏名	Contact details 連絡先	

1 What are your current symptoms? Or please let us know the reason for this visit.
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 When did the symptoms start? They started around (date:).
症状が始まったのはいつですか？ (西暦____年____月____日頃から)

3 Check the applicable disease box(es) of your previous ailment(s) and current ailment(s) under treatment, if any. If you have undergone surgery, check the applicable surgery box(es).
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。

Disease 病名	Surgery 手術	Disease 病名	Surgery 手術	Disease 病名	Surgery 手術
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esophageal, gastric, and/or intestinal disease 食道、胃、腸の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood disease 血液の病気
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratory disease 呼吸器の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urological disease 泌尿器の病気
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart and/or vascular disease 心臓・血管の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver, gallbladder, or pancreas disease 肝・胆・膵臓の病気
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brain disease 脳の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus 糖尿病
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney disease 腎臓の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension 高血圧
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid disease 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma ぜんそく
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mammary gland disease 乳腺の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lower back pain/joint pain 腰痛・関節痛
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Rheumatism リウマチ
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Habitual headache 習慣性頭痛
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Eye disease 眼の病気
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Cancer がん
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Other disease その他の病気

4 Are you taking any medications? Yes (drug name []) No
現在、薬を飲んでいますか？ はい 薬品名] いいえ

5 Are you bringing your medication record book? Yes No (Forgot today)
お薬手帳を持参していますか？ はい いいえ (本日忘れた)

6 - Are you allergic? Yes (Urticaria Loss of consciousness) No
アレルギーはありますか？ はい じんましんが出た 意識がなくなった) いいえ

Drugs 薬品名	()	Contrast agent 造影剤	()
Foods 食品名	<input type="checkbox"/> Banana バナナ	<input type="checkbox"/> Avocado アボカド	<input type="checkbox"/> Chestnut クリ
		<input type="checkbox"/> Kiwi fruit キウイフルーツ	<input type="checkbox"/> Other than as noted on the left() 左記以外()
Metals 金属	()	Other その他	<input type="checkbox"/> Rubber products ゴム製品
			<input type="checkbox"/> Other than as noted on the left() 左記以外()

*Rash due to adhesive plaster Yes No
ばんそうこうがぶれ あり なし

7 Tell us about your lifestyle.

生活習慣について教えてください

- Size of meal Small Regular Large
 食事の量 少量 普通 多い
- Sleep Sleep well Cannot sleep
 睡眠 よく眠れる 眠れない
- Alcohol habit Do not drink alcohol Drink alcohol every day Drink alcohol occasionally
 飲酒の習慣 飲まない 毎日 たまに
- Types of alcoholic drinks consumed Japanese sake Beer Western-style alcoholic drinks Other
 お酒の種類 日本酒 ビール 洋酒 その他
- Smoking habit Never smoked before Smoked in the past () cigarettes per day, () ~ () years old, () years
 喫煙の習慣 一度も吸ったことがない () years
 過去に喫煙 () 本/日、() ~ () 才、() 年間
- Currently smoking () cigarettes per day, () ~ () years old, () years
 現在喫煙中 () 本/日、() ~ () 才、() 年間

8 Tell us about your urination and defecation. Urinate () times a day; defecate () times in () day(s)
 排尿、排便について教えてください 排尿 1日()回、排便 () 日に () 回

9 Please answer the following questions if you are female: Menstruation (last menstruation): (MM , YYYY);
 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

Possibility of pregnancy: Pregnant Potentially pregnant Menopausal
 妊娠の可能性 妊娠中 妊娠の可能性 閉経

10 Do you want to be informed if you have a life-threatening disease (e.g., cancer)? Yes No
 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。 希望する 希望しない

11 In case you are unable to make decisions or express your will, whom would you like to make decisions on your behalf? (Priority in brackets)

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"/> () Spouse
配偶者 _____ | <input type="checkbox"/> () Children
子ども _____ |
| <input type="checkbox"/> () Parents
親 _____ | <input type="checkbox"/> () Relative
親戚 _____ |
| <input type="checkbox"/> () Friends, etc.
友人等 _____ | <input type="checkbox"/> () Other
その他 _____ |

12 Did you use an online eligibility verification machine to use your Individual Number Card ("My Number Card") as your health insurance card?

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？

- Yes No
はい いいえ

13 (If "yes" to 12) Using your Individual Number Card as your health insurance card allows this hospital to check your medication information and specific health checkup information.

Did you agree to checking of such information by this hospital on the screen of the online eligibility verification machine?

(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？

- Yes No
はい いいえ

At this hospital, we use the online eligibility verification system to obtain sufficient information on the patient's initial visit, thereby obtaining and utilizing medical care information to provide high-quality medical care. We calculate the following additional medical fees. We ask for your cooperation in utilizing your Individual Number Card ("My Number Card") as your health insurance card in order to obtain and utilize accurate information.

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- Additional medical fee for enhancement of medical information and system infrastructure establishment
 Additional reimbursement 1: 4 points (for an initial visit patient "without a referral letter" and "with non-Individual-Number-Card health insurance card")
 Additional medical fee 2: 2 points (for an initial visit patient "with a referral letter" or "with Individual-Number-Card health insurance card")

◆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)