



For New Patients / First-Time Visitors

№	Question	Answer																		
2	<p>緊急連絡先を教えてください Please provide emergency contact information. (複数名いらっしゃる方は、優先者2名をご記載ください) (If you have multiple emergency contacts, please indicate 2 preferential individuals)</p> <p style="text-align: right;">お名前 (お二人目) Name (Emergency Contact 2)</p> <p style="text-align: right;">ご自身との関係 Relationship</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (昼間) Telephone number (daytime)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (夜間) Telephone number (nighttime)</p> <p>連絡する際の注意事項はありますか Are there any matters that require attention when contacting the individual? 「はい」の場合、内容をご記入ください If "Yes," please describe.</p> <hr/> <p>主に医師の説明と一緒に受ける方を教えてください Please tell us a main person who will receive physician's explanations with you.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">はい <span style="margin-left: 100px;">いいえ</span></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> No</span></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																		
3	<p>次の病気にかかったことや予防接種を受けたことはありますか Have you ever had the following diseases or been vaccinated against these diseases?</p> <p style="text-align: right;">麻疹 Measles</p> <p style="text-align: right;">風疹 Rubella</p> <p style="text-align: right;">水痘 Varicella</p> <p style="text-align: right;">流行性耳下腺炎 Mumps</p> <p style="text-align: right;">その他 Other ( )</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">不明 Unknown</th> <th style="width: 33%;">罹患 Infected</th> <th style="width: 33%;">予防接種時期 Date of vaccination</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	不明 Unknown	罹患 Infected	予防接種時期 Date of vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		-	<input type="checkbox"/>	
不明 Unknown	罹患 Infected	予防接種時期 Date of vaccination																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
-	<input type="checkbox"/>																			
4	<p>6か月以内に海外に渡航しましたか Have you traveled abroad within the last 6 months? 「はい」の方は渡航した国名をご記入ください If "Yes," please indicate the visited country(ies).</p>	<p style="text-align: center;">はい <span style="margin-left: 100px;">いいえ</span></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> No</span></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																		



For New Patients / First-Time Visitors

No	Question	Answer
10	<p>入歯を使用していますか Do you use dentures?</p> <p>「使用」の方は種類を教えてください If "Use," please indicate the type.</p> <p>「部分入歯」の方は、部位を教えてください If you use "partial dentures," please indicate the location.</p>	<p>未使用                      使用 <input type="checkbox"/> Not use                      <input type="checkbox"/> Use</p> <p>総入歯                      部分入歯 <input type="checkbox"/> Complete denture    <input type="checkbox"/> Partial denture</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
11	<p>移動に介助は必要ですか Do you need assistance with your mobility?</p> <p>「はい」の方はどのような介助が必要かご記入ください If "Yes," please indicate what kind of assistance you need.</p>	<p>はい                      いいえ <input type="checkbox"/> Yes                      <input type="checkbox"/> No</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
12	<p>感覚や知覚について下記を教えてください The following are questions regarding your senses and perception.</p> <p>目が見えにくい Do you have difficulty seeing?</p> <p>「あり」の方は部位をご記入ください If "Yes," please indicate the site.</p>	<p>なし                      あり <input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>右                      左                      両方 <input type="checkbox"/> Right                      <input type="checkbox"/> Left                      <input type="checkbox"/> Both</p>
	<p>耳が聞こえにくい Do you have difficulty hearing?</p> <p>「あり」の方は部位をご記入ください If "Yes," please indicate the site.</p> <p>補聴器の使用 Do you use hearing aids?</p>	<p>なし                      あり <input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>右                      左                      両方 <input type="checkbox"/> Right                      <input type="checkbox"/> Left                      <input type="checkbox"/> Both</p> <p>右                      左                      両方 <input type="checkbox"/> Right                      <input type="checkbox"/> Left                      <input type="checkbox"/> Both</p>
	<p>しびれがある Do you have any numbness?</p> <p>「あり」の方は部位をご記入ください If "Yes," please indicate the site.</p>	<p>なし                      あり <input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Yes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
	<p>麻痺がある Do you have any paralysis?</p> <p>「あり」の方は部位をご記入ください If "Yes," please indicate the site.</p>	<p>なし                      あり <input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Yes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
13	<p>現在、お仕事はされていますか Are you currently working?</p>	<p>はい                      いいえ <input type="checkbox"/> Yes                      <input type="checkbox"/> No</p>
14	<p>病気や入院となった場合に不安や悩みはありますか Do you have any concerns or worries about becoming sick or hospitalized?</p> <p>「はい」の方はその内容をご記入ください If "Yes," please describe the details.</p>	<p>はい                      いいえ <input type="checkbox"/> Yes                      <input type="checkbox"/> No</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

For New Patients / First-Time Visitors

№	Question	Answer
15	宗教に関する配慮は必要ですか (例 ; 食事、礼拝、輸血など) <b>Are there any religious considerations (e.g.; meals, worship, blood transfusion, etc.)?</b>  「はい」の方はその内容をご記入ください <b>If "Yes," please describe the details.</b>	はい <span style="margin-left: 150px;">いいえ</span> <input type="checkbox"/> Yes <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> No</span> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
16	性に関して特に配慮が必要なことはありますか <b>Are there any special considerations related to sex or gender?</b>  「はい」の方はその内容をご記入ください <b>If "Yes," please describe the details.</b>	はい <span style="margin-left: 150px;">いいえ</span> <input type="checkbox"/> Yes <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> No</span> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

This concludes the questionnaire.

Please inform hospital staff if there are any other concerns or considerations.