Page 1/5

# For New Patients / First-Time Visitors

氏名 <b>Name</b>	»:	ID:	
que I I Sin	We would like to minimize your physical and mental distress and help you restions regarding your physical, psychological, and social condition. For the following questions, please place a check mark (☑) or enter letters in the You may leave blank any questions you do not wish to answer. New patients at our hospital and first-time visitors to each outpatient department to the last visit) are asked to complete this form. After completing this form, please submit it to the Outpatient Reception.	ne corresponding section to the corresponding section of the corresponding	n.
記入者	本人 本人以外 leted by □ Patient □ Other (	)	
№	Question	An	swer
	医師の説明を日本語で理解し、治療や検査を選択することができますか	はい	いいえ
	Do you understand the physician's explanation in Japanese to select	□Yes	□ No
1	examinations or treatment?		
	「いいえ」と答えた方は理解できる言語をご記入ください		
	If "No," please indicate which language you understand.		
	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)		
	お名前(お一人目)		
	Name (Emergency Contact 1)		
	ご自身との関係 Relationship		
2	電話番号(昼間)		
	Telephone number (daytime)		
	電話番号(夜間)		
	Telephone number (nighttime)		
	連絡する際の注意事項はありますか	はい	いいえ
	Are there any matters that require attention when contacting the individual?	☐ Yes	□ No
	「けい」の場合 内容をご記入ください		

If "Yes," please describe.

初診·初来院用 Page 2/5

## For New Patients / First-Time Visitors

$N_{\underline{0}}$	Question	Answer			
	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)				
	お名前(お二人目)				
	Name (Emergency Contact 2)				
	ご自身との関係				
	Relationship				
2	電話番号(昼間)				
2	Telephone number (daytime)				
	電話番号 (夜間)				
	Telephone number (nighttime)				
	連絡する際の注意事項はありますか	はい		いいえ	
	Are there any matters that require attention when contacting the individual?	☐ Yes	3	□ No	$\neg$
	「はい」の場合、内容をご記入ください				
	If "Yes," please describe.				╛
	主に医師の説明を一緒に受ける方を教えてください				7
	Please tell us a main person who will receive physician's explanations with you.				
					_
	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			予防接種時期	٦
	Have you ever had the following diseases or been vaccinated against these	不明 Unknown	罹患 Infected	Date of	
	diseases?			vaccination	_
	麻疹				
	Measles				_
	風疹				
3	Rubella				4
	水痘   				
	Varicella				_
	流行性耳下腺炎 Mumps				
	その他				_
	Other (	_			
	6か月以内に海外に渡航しましたか	はい		いいえ	
	II 4 - 1 1 1 1 - 1-'1' 1 1 1 4 C - 4 9	☐ Yes		□ No	
4	Have you traveled abroad within the last 6 months?				_
4	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				
4					

初診·初来院用 Page 3/5

## For New Patients / First-Time Visitors

№	Question	Answer		
5	アレルギー(薬や食物などによる過敏反応)はありますか	なし	あり	
	Do you have any allergies (hypersensitive reaction to medications or	□ No	☐ Yes	
	foods)?			
	「あり」の方は薬剤名や食物名、症状をご記入ください			
	If "Yes," please enter the name of the medication or food and symptoms.			
	検査や治療の際に配慮が必要なことはありますか	下記全て該当なし		
	Are there any special considerations regarding examinations or treatment?	☐ None of the following		
	先端恐怖症 (注射の針が怖いなど)	なし	あり	
	Needle phobia (scared of needle of injection, etc.)	□ No	☐ Yes	
	ペースメーカや人工関節など体に埋め込まれた人工物	なし	あり	
	Artificial devices implanted in your body, such as pacemakers or artificial joints	□ No	☐ Yes	
	「あり」の方は種類をご記入ください			
6	If "Yes," please indicate the type.			
O	透析用シャント	なし	あり	
	Shunt for dialysis	□ No	☐ Yes	
	乳がんの手術の経験	なし	あり	
	History of breast cancer surgery	□ No	☐ Yes	
	妊娠(妊娠の可能性)	なし	あり	
	Pregnancy (possibility of pregnancy)	□ No	☐ Yes	
	その他			
	Other			
7	1年以内に転んだことはありますか	なし	あり	
,	Have you had a fall in the past year?	□ No	☐ Yes	
	痛みや不快な症状はありますか	下記全て該当なし		
	Do you have any pain or discomfort?	☐ None of the following		
	痛み	なし	あり	
	Pain	□ No	☐ Yes	
	「あり」の方は部位をご記入ください			
8	If "Yes," please indicate the site.			
	痛み以外の不快な症状(例;かゆみ、吐き気など)	なし	あり	
	Do you have any unpleasant symptoms other than pain (e.g.; itching,	□ No	☐ Yes	
	nausea, etc.)?			
	「あり」の方は症状や部位をご記入ください			
	If "Yes," please indicate the symptoms or site.			
	食欲はありますか	なし	あり	
9	Do you have an appetite?	□ No	☐ Yes	

## For New Patients / First-Time Visitors

$N_{\underline{0}}$	Question	Answer	
	入歯を使用していますか	未使用	使用
10	Do you use dentures?	☐ Not use	☐ Use
	「使用」の方は種類を教えてください	総入歯	部分入歯
	If "Use," please indicate the type.	☐ Complete denture	☐ Partial denture
	「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.		
	移動に介助は必要ですか	はい	いいえ
	Do you need assistance with your mobility?	☐ Yes	□ No
11	「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.		
	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.		
	目が見えにくい	なし	あり
	Do you have difficulty seeing?	□ No	☐ Yes
	「あり」の方は部位をご記入ください	右    左	両方
	If "Yes," please indicate the site.	$\square$ Right $\square$ Le	ft 🗆 Both
	耳が聞こえにくい	なし	あり
	Do you have difficulty hearing?	□ No	☐ Yes
	「あり」の方は部位をご記入ください	右    左	両方
10	If "Yes," please indicate the site.	☐ Right ☐ Le	ft 🗆 Both
12	補聴器の使用	右    左	両方
	Do you use hearing aids?	□ Right □ Le	
	しびれがある	なし	あり
	Do you have any numbness?	□ No	☐ Yes
	「あり」の方は部位をご記入ください		
	If "Yes," please indicate the site.		
	麻痺がある	なし	あり
	Do you have any paralysis?	□ No	☐ Yes
	「あり」の方は部位をご記入ください		
	If "Yes," please indicate the site.		
13	現在、お仕事はされていますか	はい	いいえ
13	Are you currently working?	□ Yes	□ No
	病気や入院となった場合に不安や悩みはありますか	はい	いいえ
14	Do you have any concerns or worries about becoming sick or hospitalized?	☐ Yes	□ No
	「はい」の方はその内容をご記入ください		
	If "Yes," please describe the details.		

初診·初来院用 Page 5/5

### For New Patients / First-Time Visitors

No	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)	はい	いいえ
	Are there any religious considerations (e.g.; meals, worship, blood	☐ Yes	□ No
	transfusion, etc.)?		
	「はい」の方はその内容をご記入ください		
	If "Yes," please describe the details.		
	性に関して特に配慮が必要なことはありますか	はい	いいえ
	Are there any special considerations related to sex or gender?	☐ Yes	□ No
16	「はい」の方はその内容をご記入ください		
	If "Yes," please describe the details.		
		L	

This concludes the questionnaire.

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