

患者氏名 :

患者 ID :

## PATIENT REGISTRATION FORM

<b>Name</b>		<b>Sex</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<b>Date of birth (YYYY/MM/DD)</b>	/ /	<b>Age</b>	years old
<b>Address or accommodation in Japan</b>			
<b>Address in home country (for short-term visitors only)</b>			
<b>Phone No. (Home)</b>		<b>Phone No. (Mobile)</b>	
<b>Nationality</b>		<b>Interpreter request</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Native language</b>		<b>Occupation</b>	
<b>Other languages spoken</b>		<b>Special requirements for religious reasons</b>	

Emergency contact details			
<b>Name</b>		<b>Relationship</b>	
<b>Address</b>			
<b>Phone No. (Home)</b>		<b>Phone No. (Mobile)</b>	

<b>● Immigration status in Japan</b>			
<input type="checkbox"/> Resident <input type="checkbox"/> Short-term stay ( <input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Vacation) <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Other ( )			
<b>● Reasons for choosing this hospital/clinic</b>			
<b>● Is this your first visit to this hospital/clinic?</b>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
<b>● Do you have a referral letter?</b>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
<b>● Do you have an appointment?</b>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
<b>Type of health insurance</b>			
<input type="checkbox"/> Japanese health insurance ( <input type="checkbox"/> public <input type="checkbox"/> private)			
<input type="checkbox"/> Overseas health insurance (name of insurance company: )			
<b>*Please present your insurance certificate or related documents if available.</b>			
<input type="checkbox"/> Uninsured			
<b>Medical departments you would like to visit</b>			
<input type="checkbox"/> Orthopedics <input type="checkbox"/> Psychosomatic Medicine <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngology <input type="checkbox"/> Dermatology <input type="checkbox"/> Internal Medicine			
<input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Dentistry <input type="checkbox"/> Ophthalmology <input type="checkbox"/> Neurosurgery <input type="checkbox"/> Pediatrics <input type="checkbox"/> Obstetrics and Gynecology			
<input type="checkbox"/> Respiratory Medicine <input type="checkbox"/> Thoracic Surgery <input type="checkbox"/> Cardiology <input type="checkbox"/> Cardiovascular Surgery <input type="checkbox"/> Gastroenterology			
<input type="checkbox"/> Nephrology <input type="checkbox"/> Urology <input type="checkbox"/> Neurology			

\*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.

患者氏名：

患者 ID：

**Medical Questionnaire (Dentistry)/歯科 問診票**

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

<b>Patient name/ 患者氏名</b>		<b>Date/ 日付</b>	year	month	day
			/ 年	/ 月	/ 日
<b>Date of birth/ 生年月日</b>	year/ 年	month/ 月	day/ 日	<b>Sex/ 性別</b>	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
<b>Height and weight/ 身長・体重</b>	cm	kg	<b>Age/ 年齢</b>	years old/ 歳	
<b>Language/ 言語</b>			<b>Nationality/ 国籍</b>		

**Living condition/ 生活状況**

- With family member(s) who require nursing care/ 介護しなければならない家族がいる
  Have young children/ 幼い子どもがいる  
 Aged household/ 高齢者世帯
  Living alone/ 独居
  Single parent/ 母子家庭  
 Other/ その他( )

**Employment/ 職業**

- Full-time/ 常勤雇用
  Part-time/ パートタイム
  Self-employed/ 自営業  
 Retired/ 退職
  Unemployed/ 無職

**Where is the problem?/ どの具合が悪いですか？**

- Decayed tooth/ 虫歯
  False tooth/ 入れ歯
  Wisdom tooth/ 親知らず  
 Gums/ 歯ぐき
  Tongue/ 舌
  Lips/ くちびる  
 Cheek/ 頬
  Jaw joint/ あごの関節
  Below the jaw/ あごの下  
 Occlusion (contact between upper and lower teeth)/ かみあわせ
  Other/ その他( )

**What symptoms do you have?/ どのような症状ですか？**

- Pain/ 痛い
  Swelling/ 腫れている
  Sensitive tooth/ しみる  
 Pus/ うみがでる
  Bleeding/ 血が出る
  Irritation/ 荒れている  
 A filling has come out/ つめ物がとれた
  Bad breath/ 口臭
  Dryness/ 乾く  
 Difficulty in opening the mouth/ 口が開きにくい
  Other/ その他( )

**When did the symptoms start?/ それはいつからですか？**

Since approximately: \_\_\_\_\_ year/ 年 \_\_\_\_\_ month/ 月 \_\_\_\_\_ day/ 日ごろから

**Have you ever had a tooth removed?/ 歯を抜いたことがありますか？**

- Yes/ はい
  No/ いいえ

**Your request for the treatment/ 治療に対する希望**

- I would like to have the entire damaged area treated./ 悪いところはすべて治したい  
 I would like to have only the teeth that currently hurt treated./ 今痛い歯だけを治したい  
 I do not mind paying for treatment that is not covered by insurance./ 自費診療でもかまわない  
 I would like to have only treatment that is covered by insurance./ 保険の範囲内で治したい  
 I would like to decide after discussing it with somebody./ 相談して決めたい

**Are you currently undergoing treatment for any diseases?/ 現在治療している病気はありますか？**

- Yes/ はい (Disease/ 病名: \_\_\_\_\_)  
 No/ いいえ

\*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

**Are you allergic to any foods or medications?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか？**

- Yes/ はい →  Medication/ 薬  Food/ 食べ物  Other/ その他( )
- No/ いいえ

**Are you currently taking any medications?/ 現在飲んでいる薬はありますか？**

- Yes/ はい → Please show us the medications if you have them with you./ 持っていれば見せてください
- No/ いいえ

**Have you previously had any of the diseases listed below?/ 今までにかかった病気はありますか？**

- Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気  Liver disease/ 肝臓の病気  Heart disease/ 心臓の病気
- Kidney disease/ 腎臓の病気  Respiratory disease/ 呼吸器の病気  Blood disease/ 血液の病気
- Brain / neurological disease/ 脳・神経系の病気  Cancer/ 癌
- Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気  Diabetes/ 糖尿病  Other/ その他( )

**How old were you when you became ill?/ それは何歳の時ですか？**

Age: \_\_\_\_ (years old)/ 歳

**Do you smoke?/ たばこを吸いますか？**

- Yes/ 吸う → Current amount/ 現在: \_\_\_\_cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: \_\_years/年
- No, but I used to./ 以前吸っていた → Previous amount/ 過去: \_\_\_\_cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: \_\_years/年
- No/ 吸わない

**Do you drink alcohol?/ お酒を飲みますか？**

- Yes/ はい → \_\_\_\_\_mL/day/ ml/日  No/ いいえ

**Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありますか？**

- Yes/ はい  No/ いいえ

**When was the surgery?/ いつごろですか？**

Approximately: \_\_\_\_\_year/ 年 \_\_\_\_month/ 月 (type of surgery/ 手術名: \_\_\_\_\_)

**Have you ever had any anesthesia?/ 麻酔を受けたことがありますか？**

- Yes/ はい →  General anesthesia/ 全身麻酔  Local anesthesia/ 局所麻酔
- No/ いいえ

**Did you have any problems related to the anesthesia?/ 麻酔をして何かトラブルがありましたか？**

- Yes/ はい  No/ いいえ

**Have you ever had a blood transfusion?/ 輸血を受けたことがありますか？**

- Yes/ はい  No/ いいえ

**Did you have any problems related to a blood transfusion?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか？**

- Yes/ はい  No/ いいえ

**Is there a possibility that you are pregnant?/ 妊娠していますか、またその可能性はありますか？**

- Yes/ はい → \_\_\_\_months pregnant/ ヶ月  I do not know/ わからない  No/ いいえ

**Are you breastfeeding?/ 授乳中ですか？**

- Yes/ はい  No/ いいえ

**Will you be able to bring an interpreter with you in the future?/ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？**

- Yes/ はい  No/ いいえ