



## Process of examination 外来受診の流れ

- 1) Patients must present your health insurance card at the reception, saying "Sho-shin desu" (this is my initial visit). If you do not show your health insurance card, you will have to pay all of the medical costs, which can be very expensive. It is necessary to present the health insurance card every month.

健康保険証を持参し 窓口で初診だと告げて下さい。健康保険証をお持ちでない方は、全額の治療費は請求されます。健康保険証は毎月の提示しなければなりません。

- 2) ① **At the first examination**, fill in necessary information on an application form, "Sho-shin mo-shi-komi sho" (初診申込書)(※1) When you have filled it up, you return it to the reception and then wait sitting in the seat in front of the counter until your name is called. The counter staff guides you to the consultation room. When your name is called, you enter the consultation room and receive an examination, check-ups. Please see the back or next page about the application form ※1

初診の方は、初診申込書に必要事項を記入の上、窓口(新患受付)へお出しください。

受付が終わりましたら、カウンター前の椅子でお待ちください。事務スタッフが診療室に案内してくれます。

※1初診申込書の英語の説明は裏面もしくは次のページをご覧ください

- ② When you **visit there again** after the initial time, you submit the patient's registration card (診察券) to the reception at each department.

再診の方は、予約の有無にかかわらず、診療科により1階の内科系受付・外科系受付または2階の総合受付に直接お越し下さい。

- 3) Please book the next consultation at the department counter if necessary.

次回の診療が必要な時は各科窓口で予約をして下さい。



Cash dispenser

- 4) After consultation / treatment, you will receive a SLIP.

Submit the slip to the general reception counter and wait until you are called.

When the name is called, received the bill, then pay by the Cash Dispenser in cash.

診療後、看護師から基本伝票を受け取り、総合受付に基本伝票を出して待ちます。名前を呼ばれたら請求書を受け取り自動精算機で支払います。

- 5) After payment, you may receive the prescription (処方箋) at the prescription counter (薬局). You have to receive a medicines at the outside pharmacy with payment.

お薬のある方は、会計が終わりましたら、薬局カウンターで処方箋を受け取ります。薬は、外部の薬局でお買い求めて下さい。



※1

# Application Form 初診申込書

ID NO

Date: year month day  
平成 年 月 日

Have you consulted in the this hospital before? Yes / No When: Year, Month

What department did you consult

問 以前 当院で受診をしたことがありますか、	有 ・ 無	年 月 頃
診 有りの場合、何科にかかりましたか、	Department 科	Department 科

Department you want to consult today

フリガナ Write your name in Katakana Sex 性別 Male・Female

受診者本人氏名 Patient name 年 齢 Age 満 才

Date of birth

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

House Address 〒 Post cord 市 郡 町 つくば

電話番号 Telephone number

Did anybody recommend us to you? 紹介者 有 Yes ・ 無 No 紹介者 Introdncer name 関係 ( ) Relation

One's own expense 自 費 自賠責 損保会社負担の場合下記も記入ください 自己負担 労災・公災

①診てもらいたいのはどこですか Where is the part of the body place that you want to consult ?

②どのような状態ですか What is wrong with you ?

③特に気になる症状はありますか Is there any symptom that you are especially anxious?



※具合が非常に悪い場合窓口に声をかけてください。

Please notify the reception when you feel very sick.

筑波総合クリニック

(Write a circle to the corresponding department.)

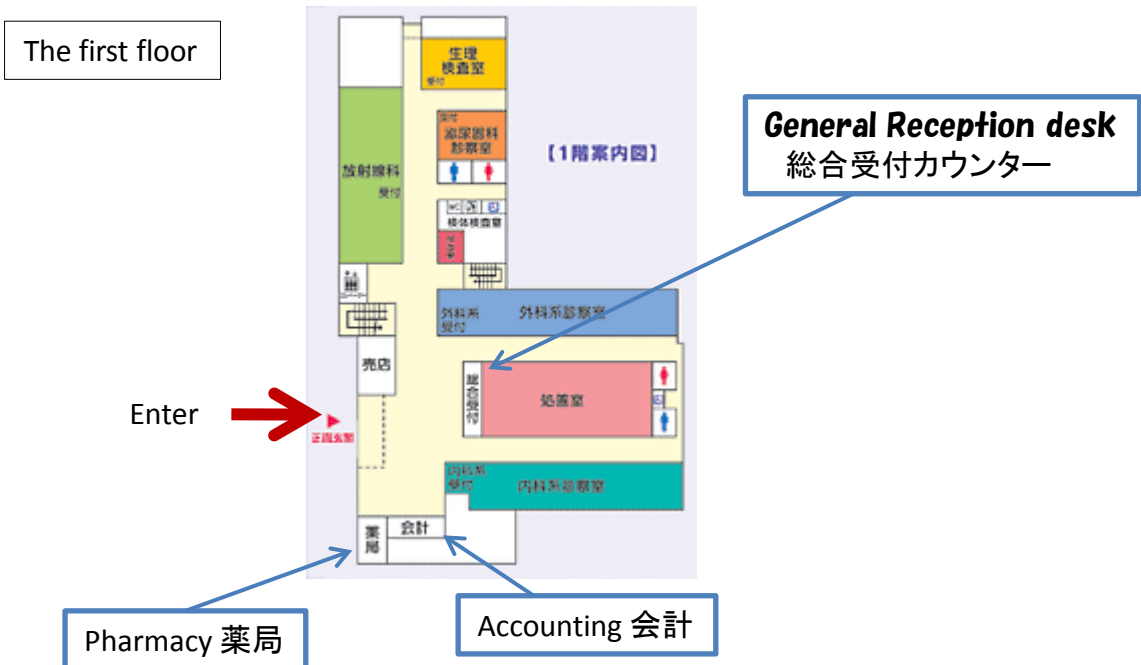
- 1.循環器科: Circulatory
- 2.心臓血管外科: Cardiovascular surgery
- 3.脳神経外科: Neurosurgery
- 4.神経内科: Neurology
- 5.内科: Internal medicine
- 6.血液内科: Blood
- 7.代謝内科: Metabolic internal medicine
- 8.消化器科: Digestive organs
- 9.呼吸器科: Respiratory organ
- 10.腎臓内科: Kidney
- 11.アレルギー科: Allergy clinic
- 12.リウマチ科: Rheumatism
- 13.外科: Surgery
- 14.乳腺・甲状腺外科: Mammary gland and thyroid surgery
- 15.肛門科: Proctology
- 16.整形外科: Orthopedics
- 17.形成外科: Plastic surgery
- 18.泌尿器科: Urology
- 19.皮膚科: Dermatology

- 20.眼科: Ophthalmology
- 21.耳鼻咽喉科: Otorhinolaryngology
- 22.婦人科: Gynecology
- 23.小児科: Pediatrics



Enter at the Tsukuba Kinen Hospital Traffic signal

## Inside of Tsukuba General Clinic



# Pediatrics Interview Sheet 小児科問診票

2011/05 KEK UO

( Tsukuba General Clinic 筑波総合クリニック )

平成 年 月 日

Name 名前 \_\_\_\_\_

Weight 体重 \_\_\_\_\_ kg

Body temperature 熱 \_\_\_\_\_ °C

酸素飽和度 \_\_\_\_\_ %

You do not need to write it.

1. What is wrong with your child ? 今日はどうさてましたか？

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fever 発熱( highest °C )                         | <input type="checkbox"/> Headache 頭痛 | <input type="checkbox"/> Cough 咳           | <input type="checkbox"/> Runny nose 鼻水 |
| <input type="checkbox"/> Nausea 吐気                                      | <input type="checkbox"/> Vomiting 嘔吐 | <input type="checkbox"/> Abdominal pain 腹痛 | <input type="checkbox"/> Diarrhea 下痢   |
| <input type="checkbox"/> Constipation 便秘                                | <input type="checkbox"/> Spasm ひきつけ  | <input type="checkbox"/> Rash 発疹           | <input type="checkbox"/> Other その他     |
| <input type="checkbox"/> Want to get the medicine of continuance. 継続薬希望 |                                      |  |  |

2. How long have you had the problems ? その症状はいつからはじまりましたか？

Since \_\_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_\_ day 日から

3. Are there people who have contagious disease and have you come in contact with them?

まわりでうつる病気の方がいて、接触したことがありますか？

4. Have you consulted a physician to other medical institutions due to a present symptom?

現在の症状で 他の医療機関に受診したことがありますか？

Yes はい / No いいえ

If you answer "Yes" はいと答えたかた

• When did you consult a physician? \_\_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_\_ month 月  
いつ受診しましたか？  
Department 科 \_\_\_\_\_ Doctor 先生 \_\_\_\_\_

• How were you diagnosed? 何と診断されましたか？ ( )

• Are you presently taking medicine? 飲んでいる薬はありますか？

Yes はい / No いいえ Name of medicines 薬名

5. Have you ever been allergic to medication or food ?

薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか？

Yes はい / No いいえ

Please write it concretely. 具体的に書いて下さい:

※ Please fill in if you are the second coming . 再来の方は記入して下さい。

• Did your symptom change from the last consultation? Yes はい / No いいえ  
前回受診した時と症状が変わりましたか？

• What symptom is it? それはどんな症状ですか？ ( )

• Have you received the instruction undergoing the inspection or treatment beforehand?  
あらかじめ検査や処置を受けるように指示を受けておられますか？ Yes はい / No いいえ

# Ophthalmology Interview Sheet (Tsukuba General Clinic)

1. What is wrong with you today? (Please write a circle to come under number. )

## [Something wrong with my vision. ]

1. Weakening eyesight and filmy eyes.
2. The sight disappears suddenly.
3. Lack of vision
4. Anorthopia
5. Double vision
6. Something flies in view or like an insect come into view.
7. Other ( )

Which eye is the above symptom? ( right eye ▪ left eye ▪ both eye )

When start your symptom? ( )

## [Unpleasantness of eyes]

1. Tearing
2. Dray
3. Pain
4. Itchy.
5. Congested
6. Mucous discharge ( only morning ▪ little ▪ Sticky mucous run)
7. Other ( )

Which eye is the above symptom? ( right eye ▪ left eye ▪ both eyes )

When did your symptom start ? ( )

## [Other]

1. Eyelid is swollen ( right eye ▪ left eye ▪ both eye )
2. Bleeding to white of the eye. ( right eye ▪ left eye ▪ both eyes )
3. The result of examination, I was suggested to get the examination of ophthalmology .
4. Personal physician did suggest getting me the examination of ophthalmology

2. Are you usually using the contact lens?

1. Usually uses them. ( Yes ▪ No )
2. Using it today ( Yes ▪ No ) (Soft contact lens ▪ Hard contact lens )

3. Have you had the operation on the ophthalmology before?

1. Yes When did you have the operation? ( )  
( right eye ▪ left eye ▪ both eye )
2. No

4. Have you had any illnesses before?

1. Diabetes
2. High blood pressure
3. Heart disease
4. Other ( )

# 眼科問診票 (筑波総合クリニック)

1. 今日はどうなさいましたか？ (あてはまる番号に○をつけて下さい。)

## [見え方がおかしい]

1. 視力の低下を感じる・かすむ
2. 急に見えなくなる
3. 視野が欠ける
4. 物がゆがんで見える
5. 二重に見える
6. 視界の中にゴミが飛ぶ・虫のようなものが見える
7. その他( )

上記の症状はどちらの目ですか？ ( 右目・左目・両目 )  
いつ頃からですか？ ( )

## [目の不快感]

1. 涙が出る
2. 乾燥する
3. 痛い
4. かゆい
5. 充血する
6. 目やに ( 朝だけでる ・少し出る ・べったりしたのもが出る )
7. その他 ( )

上記の症状はどちらの目ですか？ ( 右目・左目・両目 )  
いつ頃からですか？ ( )

## [その他]

1. まぶたがはれる ( 右目・左目・両目 )
2. 白目に出血している ( 右目・左目・両目 )
3. 検診の結果、眼科受診をすすめられた
4. かかりつけの医師から眼科受診をすすめられた

2. 普段コンタクトレンズを使用していますか？

1. 普段使用している ( はい ・ いいえ )
2. 今日使用している ( はい ・ いいえ ) ( ソフト ・ ハード )

3. 今までに眼科の手術を受けたことがありますか？

1. ある いつ頃、何の手術ですか？ ( )  
( 右目・左目・両目 )
2. ない

4. 今までに何か病気になったことがありますか？

1. 糖尿病
2. 高血圧
3. 心臓病
4. その他( )

# Dermatology Interview Sheet (Tsukuba General Clinic)

ID : \_\_\_\_\_

Date: Year\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day\_\_\_\_\_

Name\_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ old, Male / Female

Birthday \_\_\_\_\_year \_\_\_\_\_month \_\_\_\_\_day

Job\_\_\_\_\_

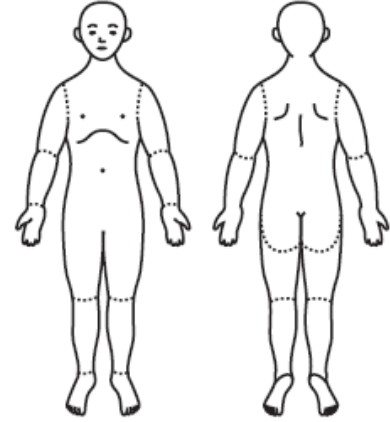
Weight \_\_\_\_\_kg

1. When did the symptom start?

year month days

- Please draw circle marks on the figure.
- Please draw circle marks what symptom it is.

- Itching
- pain
- Red rash
- wart
- Mole
- Pimple
- Wound
- Burn
- Bedsores
- Skin peels
- Other ( )



2. Do you remember the cause of this skin disease ?

For instance, medicine, food, cosmetics, on business, and went out somewhere etc.

3. Do you have a fever now? Yes / No

4. Have you consulted other medical institutions, or a physician at other departments , emergency surgeries in this clinic due to this symptom?

No / Yes : How long have you had the problems?

What did they say?

What kind of treatment did you have?

How was the result ? Improved. / Worsened / Nothing change / Other ( )

5. What illnesses have you had in the past?

Atopic dermatitis • Asthma • Allergic rhinitis • Hay fever • Diabetic • High blood pressure  
Heart disease • Liver complaint • Kidney disease • Enlarged prostate • Glaucoma •  
Other ( )

6. At present, do you have the sickness under treatment or take any medicine? Yes / No

Please describe it concretely if you answer “yes “

7. Have you become sick after getting an injection or taking an internal medicine? Yes / No

What kind of medicine is it?

8. Do you smoke? : Yes ( a day ) / No

Do you drink alcohol? : everyday / sometime / No

9. • Are you pregnant or presently breastfeeding? Yes / No ( weeks)/ breastfeeding

Thank you for your cooperation.

# 皮膚科問診票 (筑波総合クリニック)

ID: \_\_\_\_\_

受診日 平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

名前\_\_\_\_\_

年齢\_\_\_\_\_歳, 男 / 女

生年月日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

職業\_\_\_\_\_

体重\_\_\_\_\_kg

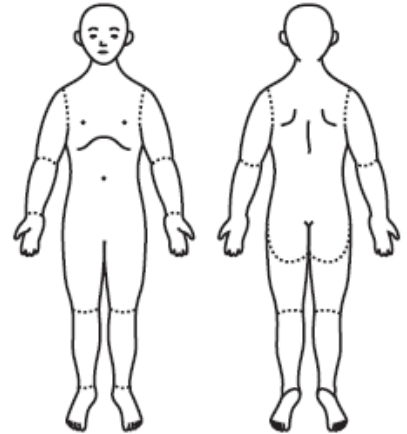
1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

・いつ頃から ( )

・どの部位に (右図に○をつけて下さい)

・どのような症状か○をつけて下さい

- ・かゆい
- ・痛い
- ・赤い発疹
- ・いぼ
- ・ほくろ
- ・にきび
- ・キズ
- ・やけど
- ・とこずれ
- ・かわむけ
- ・その他 ( )



2. 今回の皮膚病の原因として思い当たる事が有りますか。

(例えば、薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出掛けた等)

3. 今、熱がありますか？

(はい / いいえ)

4. 今回の症状で、他の医療機関もしくは当院の他の科や救急外科などを受診したことがありますか？

(はい / いいえ)

・いつかかりましたか？

・なんと行われましたか？

・治療はどんな内容でしたか？

・その結果はどうでしたか？ よくなった / 悪くなった / かわらない / その他 ( )

5. 今までにかかった病気に、○をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・糖尿病・高血圧  
心臓病・肝臓病・腎臓病・前立腺肥大・緑内障・その他 ( )

6. 現在、治療中の病気や飲んでいる薬はありますか？

(はい / いいえ)

はいの方は具体的にこたえて下さい ( )

7. 今までに注射や飲み薬で具合が悪くなったことはありますか？(薬剤アレルギー) (はい / いいえ)

どんな薬ですか？ ( )

8. タバコ: 吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本) / 吸わない

酒: 毎日飲む / 時々 / 飲まない

9. 現在、妊娠中で、又は授乳中ですか？

(はい / いいえ) (妊娠第 \_\_\_\_\_ 週) / 授乳中

ご協力ありがとうございました



# Otolaryngology Interview Sheet (Tsukuba General Clinic)

2011/05 KEK UO

Examination ticket number : \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ , Male 男 / Female 女

Birth day: Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ day \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ ※Weight \_\_\_\_\_ kg  
(※Only a person 15 years old or less needs to filled in.)

1. What is wrong with you ? Please circle mark following;

- Ear : • Pain (right • left • both) • Itchy ( right • left • both )  
• Blocked ( right • left • both ) • Discharge ( right • left • both )  
• My voice sounds in the ear(right • left • both ) • Difficulty in hearing ( right • left • both )  
• Ear noises ( right • left • both ) / What kind of sound ? ( )
- Nose : • Nasal congestion ( both • right • left • alternately ) • Pain (right • left • both )  
• Sneezing (morning • afternoon • evening • all day long )  
• Runny nose ( right • left • both ) / ( Water solubility • sticky and white • yellow )  
• The nasal liquid turns to the throat. • Bleeding ( right • left • both )
- Mouth : • Sore tongue • Can not open my mouth  
• There is a boil on my tongue.
- Throat : • Sore throat (can eat • can not eat) • To become hoarse  
• Sputum ( white • yellow • blood mixes ) • Cough  
• Feel that food is caught to the throat.
- Other : • Dizziness • There is a boil on the neck.  
• Other ( )

2. How long have you had the problems? ( Since \_\_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_\_ days 日から )

3. Do you have a fever now? Yes / No

4. Have you consulted other doctors due to this symptom? Yes / No

When? ( ) What were you told? ( )  
What treatment did you undertake ? ( )

5. Have you got serious sickness (hospitalization and operation) before.? Yes / No

When?( ) What? ( )

6. Do you have the sickness under treatment and the taken medicine now? Yes / No

Please explain it concretely if you answer "Yes". ( )

7. Have you ever been allergic to medication or food? Yes / No

What kind of medicine ?

8. Cigarette : smoke ( a day ) / not smoke. Alcohol : drink every day / sometimes / not drink

9. Are you pregnant or presently breastfeeding ? Yes / No ( weeks / breastfeeding )

# 耳鼻咽喉科問診票 (筑波総合クリニック)

2011/05 KEK UO

診察券番号: \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳, 男 / 女 体重 \_\_\_\_\_ kg  
(15歳以下の方のみ)

1. 現在あなたのつらい症状は何ですか? ○をつけてください。

- ・耳 :
  - ・痛い (右・左・両方)
  - ・かゆい (右・左・両方)
  - ・つまる (右・左・両方)
  - ・耳だれ (右・左・両方)
  - ・自分の声が耳にひびく (右・左・両方)
  - ・聞こえにくい (右・左・両方)
  - ・耳鳴りがする (右・左・両方) / どんな音がしますか? ( )
- ・鼻 :
  - ・鼻がつまる (両方・右・左・交互)
  - ・痛い (右・左・両方)
  - ・くしゃみが出る (朝・昼・夕・一日中)
  - ・鼻汁が出る (両方・右・左) / (水溶性・粘くて白い・黄色)
  - ・鼻汁がのどにまわる
  - ・鼻地が出る (右・左・両方)
- ・口 :
  - ・舌が痛む
  - ・口が開けない
  - ・舌の上にできものがある
- ・のど :
  - ・痛い (食べられる・食べられない)
  - ・声がかすれる
  - ・たんが出る (白い・黄色い・血が混じる)
  - ・せきが出る
  - ・食べ物がのどにひっかかるような気がする
- ・その他 :
  - ・めまい
  - ・首にはれものがある
  - ・その他 ( )

2. いつ頃からその症状がありますか?

3. 今、熱がありますか? はい / いいえ

4. 今回の症状で、他の医者にかかったことがありますか? はい / いいえ  
いつかかりましたか? なんと言われましたか? 治療はどんな内容でしたか?  
いつ( ) 内容( )

5. 今までに大きな病気 (入院や手術) をしたことがありますか。 はい / いいえ  
いつ( ) 内容( )

6. 現在、治療中の病気や飲んでいる薬はありますか? はい / いいえ

はいの方は具体的にご記入下さい。

7. 今までに注射や飲み薬で具合が悪くなったことはありますか?(薬剤アレルギー) はい / いいえ  
どんな薬ですか?

8. タバコ: 吸う (1日 本) / 吸わない アルコール: 毎日飲む / 時々 / 飲まない

9. 現在、妊娠中ですか? 授乳中ですか? はい / いいえ (妊娠第 週 / 授乳中 )

# Obstetrics & Gynecology Interview Sheet (Tsukuba General Clinic)

Examination ticket number \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ year \_\_\_\_\_ month \_\_\_\_\_ day

Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_, Height \_\_\_\_\_ cm, Weight \_\_\_\_\_ kg

1. What is wrong with you today ?
- a. Bleed
  - b. Irregular period
  - c. Vaginal discharge
  - d. Pain in vulva / Itching
  - e. Lower abdominal pain
  - f. Period pains
  - g. Myoma of uterus
  - h. Ovarian cyst
  - i. Falling of the womb
  - j. Doctor's introduction
  - k. Pregnancy
  - l. Infertile consultation
  - n. Contraception
  - m. Menopausal disorder
  - o. Cancer medical examination
  - p. Abnormality of urination (Micturition pain • Frequent urination • Feeling of residual urine)
  - q. Other ( )

2. ① When did your first period start? Age : ( ) years old  
 When was your menopause? Age : ( ) years old
- ② Menstrual cycle : ( ) days, Regular / Irregular , Continuation for ( ) days
- ③ Menstrual blood loss : Light • Normal • Heavy  
 Period pains : No pain • little painful • Considerably painful  
 • Always use the analgesic / No used • Analgesic : effective / not effective
- ④ Date of your last period? From ( ) month ( ) day ( ) days  
 Date of your before last period? From ( ) month ( ) day ( ) days

3. ① Are you married now ? Yes / No (Single • Divorce • Bereavement)  
 Married date ( ) year ( ) month ( ) day (Wife: \_\_\_\_\_ year old, Husband: \_\_\_\_\_ year old)
- ② Have you had sex? Yes / No  
 Did you have sex within three months? Yes / No

4. About the current pregnancy  
 Note: N: Normality (正常)/CS: caesarean section (帝王切開), PD: Premature delivery (早産)/ S: Stillbirth(死産)

Time	Age	Birth method	Spontaneous abortion	Premature delivery / Stillbirth	Interruption	Ectopic pregnancy
1		N • CS		PD • S		
2		N • CS		PD • S		
3		N • CS		PD • S		
4		N • CS		PD • S		
5		N • CS		PD • S		

5. Are there anybody in your family or relatives have the following illness ?  
 High blood pressure • Apoplexy • Diabetic • Cancer • Other ( )
6. Have you had any sick or any operated before?  
 Yes / No : Name of a disease  
 Have you became sick after getting treatment or anesthetizing at that time? Yes / No
7. ① Is there a medicine taking it now? Yes / No  
 ② Have you become unwell because of the current internal medicine or the injection ? Yes / No
8. Do you have any allergies ? Yes / No
9. Did you undertake the womb cancer medical examination within a year? No / Yes , When

診察券番号

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_, 才 身長 \_\_\_\_\_ cm, 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 今日どのようなことで受診されましたか？

- a. 出血
- b. 月経不順
- c. おりものが多い
- d. 外陰部の痛み / かゆみ
- e. 下腹痛
- f. 月経痛
- g. 子宮筋腫
- h. 卵巣のう腫
- i. 子宮が下がっている
- j. 医師の紹介
- k. 妊娠
- l. 不妊相談
- n. 避妊
- m. 更年期障害
- o. がん検診希望
- p. 排尿の異常 (排尿痛・頻尿・残尿感など)
- q. その他 ( )

2. ① 初めての月経は 満 才 閉経は 満 才

② 月経の周期 (月経がはじまった日から次の月経がはじまるまでの日数) は ( ) 日型で, 順調・不順 ( ) 日間継続

③ 月経の量: 少ない・普通だと思う・かなり多い  
 月経痛: ない・少し痛い・かなり痛い・・鎮痛剤をいつも使用する / 使用しない  
 鎮痛剤は 効く / 効かない

④ 最後の月経は ( ) 月 ( ) 日より ( ) 日間  
 その前の月経は ( ) 月 ( ) 日より ( ) 日間

3. ① 現在結婚していますか? している / していない (未婚・離別・死別)  
 結婚年月日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 (妻 才, 夫 才)

② 性交 (セックス) の経験はありますか? あり・なし  
 この3ヶ月以内に性交はありましたか? あり・なし

4. 今までの妊娠

回	年齢	分娩	自然流産	早産・死産	中絶	子宮外妊娠
1		正常・帝王切開		早産・死産		
2		正常・帝王切開		早産・死産		
3		正常・帝王切開		早産・死産		
4		正常・帝王切開		早産・死産		
5		正常・帝王切開		早産・死産		

5. 血のつながった家族や親戚に下記の病気の人はいらっしゃいますか?

高血圧 ・ 脳卒中 ・ 糖尿病 ・ ガン ・ その他 ( )

6. 今までに病気や手術をしたことがありますか?

ない ・ ある: 病名 \_\_\_\_\_  
 その時の治療や麻酔で具合が悪くなったことが有りますか? ない ・ ある

7. ① 現在内服中の薬がありますか? ない ・ ある  
 ② 今までの内服薬や注射で具合が悪くなったことが有りますか? ない ・ ある

8. 何らかのアレルギーを指摘されたことがありますか? ない ・ ある

9. この1年以内に子宮ガン検診を受けましたか? うけていない・うけた (いつ頃 \_\_\_\_\_)