

全科共通 問診票

❖❖①～⑦に当てはまる方 必ずマスクしてくださいね❖❖

❖手指消毒のご協力お願い致します❖

下の質問に はい・いいえ でお答えください

- ① 本日、熱がありますか (はい・いいえ)
- ② 2週間以内に熱がありましたか (はい・いいえ)
- ③ 強い、けん怠感(だるさ)・筋肉痛がありますか (はい・いいえ)
- ④ せき・たん・呼吸が苦しいなどの症状がありますか (はい・いいえ)
- ⑤ 味覚・嗅覚に異常はありますか (はい・いいえ)
- ⑥ 新型コロナウイルスに感染した人、又は疑いのある人と接触しましたか (はい・いいえ)
- ⑦ 3ヶ月以内に海外に行かれたか(帰国含む) (はい・いいえ)

◇ はい の方のみお答えください

渡航場所:() 渡航期間:(月 日 ~ 月 日)

- ⑧ 喫煙歴はありますか (あり 喫煙年数 年間・なし)
- ⑨ コロナワクチン接種はされましたか (はい・いいえ)

◇ はい の方のみお答えください。接種日、製薬会社を教えてください。

1回目接種日	年	/	ファイザー・モデルナ・その他()	わからない
2回目接種日	年	/	ファイザー・モデルナ・その他()	わからない
3回目接種日	年	/	ファイザー・モデルナ・その他()	わからない

つづいて、裏面の問診表のご記入をお願いいたします

そけいヘルニアセンター 問診表

記入年月日 年 月 日

フリガナ	M・T・S・H	年	月	日生
氏名	()歳	男	・	女
	職業 ()			
〒	身長 (cm) /	体重 (Kg)		
住所	緊急連絡先(勤務先など)			
電話番号	自宅		緊急連絡先電話	
	携帯電話			

1. どうなさいましたか

2. いつ頃からですか (年 月 日頃より)

3. 下記の当てはまる症状に○をしてください (いくつでも)

出っ張る いたい おもい

つっぱる 形がおかしい

その他 ()

4. 右図の症状のある部位に○をしてください

5. 出っ張るのはいつですか? 立った時 ・ いつでも

6. 長時間立っていると痛みますか? はい ・ いいえ

7. 今まで同じようになったことがありますか

はい (いつですか 頃) ・ いいえ

8. くすり、その他アレルギーはありますか

ある () ・ ない

9. 今までに重い病気をしたことがありますか

ある (病名) ・ ない

10. 何かスポーツはしていますか はい (種目) ・ いいえ

11. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか はい (ヶ月) ・ いいえ

12. 当院をどちらでお知りになりましたか (あてはまる項目に○をしてください)

① 前から知っていた ② 他院より紹介された(病院名) ③ 知人に聞いた

④ インターネットで知った ⑤ ケーブルテレビをみた ⑥ その他()

