

# 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

# 外科（一般・腹部）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. 下記のあてはまる症状に○をして下さい (いくつでも)

腹痛 (部位 : 上部 ・ 下腹部 ・ 全体 ・ その他 )

(食事との関係 : 空腹時 ・ 食後 ・ 夜間 ・ 特になし )

吐き気 ・ 食欲不振 ・ 胸やけ ・ 体重減少 ( Kg 減)

しこり (部位 : ) できもの (部位 : )

きず (部位 : ) 打撲 (部位 : )

その他 ( )

3. いつ頃からですか ( 年 月 日 頃より)

4. くすり・その他アレルギーはありますか ある ( ) ・ ない

5. 今までに重い病気をしたことはありますか ある (病名 ) ・ ない

また、現在治療中の病気はありますか ある (病名 ) ・ ない

現在、服用中の薬はありますか ある (薬名 ) ・ ない

6. 検診 ・ 人間ドック、他の医療機関での検査で異常を指摘されたことはありますか

はい (内容 : ) ・ いいえ

7. 今日は食事をしていますか

はい ( 時頃 ) ・ いいえ

8. (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

9. 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( )