

# 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（泌尿器疾患）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 ( )

〒 \_\_\_\_\_ 住所 緊急連絡先(勤務先など)

電話番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先電話  
自宅  
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)

尿の回数が多い (昼 \_\_\_\_\_ 回、夜 \_\_\_\_\_ 回)

尿が出にくい 尿が出ない 尿がもれる

排尿時に痛む 残尿感がある 膿が出る

尿に血が混じる その他 ( )

4. 痛みはありますか はい ( 腹部 腰部 背部 その他 \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

5. 熱はありますか はい ( 度 ) ・ いいえ

6. 以前に、今回の症状で他の医療機関を受けたことはありますか

はい (病院名 \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

7. くすり、その他アレルギーはありますか

ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない

8. 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

9. (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

10. 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( \_\_\_\_\_ )

**※ 診察前に尿の検査がありますので、排尿しないでお待ちください**