

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

消化器内視鏡センター(消化器疾患) 問診表

フリガナ	記入年月日	年	月	日
氏名	M・T・S・H	年	月	日生
	()歳	男	・	女
〒	職業 ()			
住所	身長 (cm) / 体重 (Kg)			
	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)
検診・人間ドックの異常 (胃バリウム・便潜血検査・その他)
胸焼け 飲み込むとつかえる 口内が苦い
食欲がない おなかの張り はきけ 体重減少
便が黒っぽい その他 ()
4. 痛みはありますか はい (胸部 腹部 背部 その他_____) ・ いいえ
5. 内視鏡検査の経験はありますか (胃_____回 / 大腸_____回)
6. 内視鏡検査の経験がある方へ
以前の内視鏡検査でなにか異常がありましたか?
はい () ・ 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()