

全科共通 問診票

❖❖必ずマスクの着用と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ましたか(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
4回目接種日	年	/	ファイザー・モデルナ・その他()	わからない

- ⑩ インフルエンザの予防接種を1年以内に受けましたか (はい・いいえ)

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()