

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

大腸肛門病センター(大腸・肛門疾患) 問診表

フリガナ	記入年月日	年	月	日
_____	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)

便が出にくい 便に血または粘液が混じる 便が細い 下痢
肛門が痛い 排便時、肛門の周囲に何か脱出する その他()

4. 排便の回数は? 平均 ()回/日

5. 便の形状について (硬い ・ 正常 ・ やわらかい ・ 水のように)

6. 排便時、出血する方にお聞きします

出血の色は? (赤色 ・ 暗赤色 ・ 黒色)

出血は? (便に混ざっている ・ 便の周りについている ・ 紙につく ・ 便器にポタポタたれる)

7. 排便時に、いきみますか はい ・ 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 ・ 治療中の病気はありますか

ある (病名) ・ ない

また大腸ポリープをとったことがありますか はい (いつ頃) ・ いいえ

10. (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

11. 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()