

# 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（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

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

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( )