

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

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()