

全科共通 問診票

❖❖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 喫煙歴はありますか (なし・あり 1日 本×喫煙年数 年)(現在・過去)
- ⑧ 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。
 - ・接種回数 回
 - ・最終接種日 年 月 日 ファイザー・モデルナ・その他()・不明
- ⑨ これまでにコロナウイルス検査で陽性になった事がありますか(はい・いいえ)
 - ◇ はい の方のみお答えください。
 - ・それはいつ頃でしたか (年 月 日頃) * 大体のお日にちで構いません。
- ⑩ マイナ保険証を使用していますか (はい・いいえ)
 - ◇ はい の方のみお答えください。
 - ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか(はい・いいえ)
 - ・この一年間で市の特定健診を受診されましたか(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

当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。
当院は「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の算定病院です。

そけいヘルニアセンター 問診票

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. いつ頃からですか (年 月 日頃より)

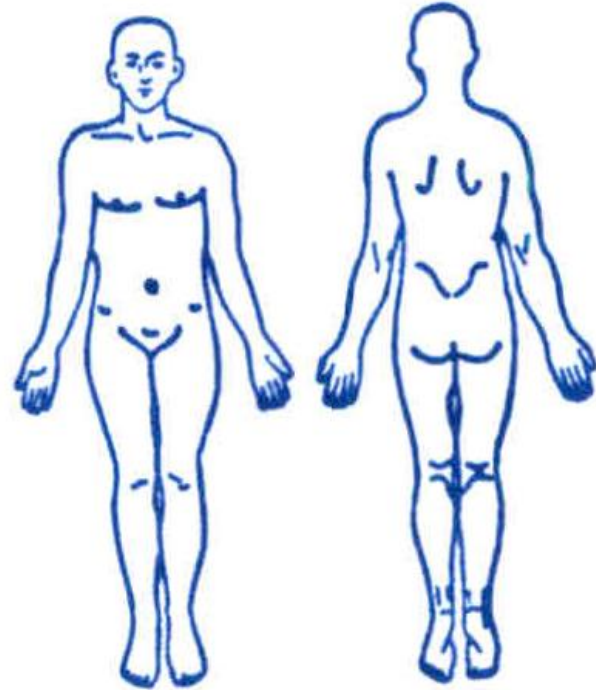
3. 下記の当てはまる症状に○をしてください (いくつでも)

出っ張る いたい おもい

つっぱる 形がおかしい

その他 ()

右 左 左 右



4. 右図の症状のある部位に○をしてください

5. 出っ張るのはいつですか? 立った時 ・ いつでも

6. 長時間立っていると痛みますか? はい ・ いいえ

7. 今まで同じようになったことがありますか

はい (いつですか 頃) ・ いいえ

8. アレルギーについて

① 薬・注射・検査などで何か異常なことがありましたか

ある () ・ ない

② アレルギー症状またはアレルギー体質といわれたことがありますか

ある () ・ ない

9. 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

10. 何かスポーツはしていますか はい (種目) ・ いいえ

11. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか はい (月) ・ いいえ

12. 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 紹介状: 有 ・ 無)

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()

ご記入ありがとうございました