

# 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。

# 内科問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ M・T・S・H・R 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. あてはまる症状がありましたら○印をつけてください

熱( 度) 鼻水 鼻づまり 咳 痰 のどの痛み 頭痛

吐き気 嘔吐( 回/日) 関節の痛み 下痢( 回/日)

2. 上記以外の症状の方は、下記にご記入下さい

( )

3. それはいつ頃からですか ( 年 月 日頃より )

4. 他の病院に現在通院中ですか

はい (病院名 ) (病名 ) ・ いいえ

現在、服用中の薬はありますか ある (薬名 ) ・ ない

5. 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

6. 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

7. 緑内障と診断されたことはありますか はい (病院名 ) ・ いいえ

8. (男性の方のみ) 前立腺肥大または前立腺癌と診断されたことはありますか

はい (病院名 ) ・ いいえ

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. 診察について何かご希望等ございましたら、お書き下さい

( )

11. 食事相談を希望しますか はい ・ 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