

# 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。

## 大腸肛門病センター(大腸・肛門疾患) 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)

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. 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 ・ 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 ) 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