

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。

記入年月日 年 月 日

外科（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)
自宅	緊急連絡先電話
電話番号	
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. 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) 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