

# 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。

## 消化器内視鏡センター(消化器疾患) 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)

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. 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

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 ( 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 \_\_\_\_\_ 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