

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)

緊急連絡先(勤務先など)

自宅
電話番号
携帯電話

緊急連絡先電話

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. 医療行為や日常生活に制限を有する宗教を信仰していますか

はい (制限内容:) ・ いいえ

11. 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

()

12. 食事相談を希望しますか はい ・ いいえ

13. 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