

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(発熱用)記入年月日 年 月 日

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)

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. 今までに入院をしたり、手術を受けたりした事がありますか

ある (病名) ・ ない

6. 医師が必要と判断した場合、新型コロナウイルス・インフルエンザの検査を希望しますか

希望する ・ 希望しない

*あくまでも、検査が必要かは医師の判断となりますので、ご了承下さい。

7. 薬・注射・検査などで何か異常なことが起きたり、アレルギー体質と言われた事がありますか

ある () ・ ない

8. 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

9. (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

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. 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

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