

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。

外科（一般・腹部）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)
 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. 下記のあてはまる症状に○をして下さい (いくつでも)
 腹痛 (部位 : 上部・下腹部・全体・その他)
 (食事との関係 : 空腹時・食後・夜間・特になし)
 吐き気 ・ 食欲不振 ・ 胸やけ ・ 体重減少 (Kg 減)
 しこり (部位 :) できもの (部位 :)
 きず (部位 :) 打撲 (部位 :)
 その他 ()
3. いつ頃からですか (年 月 日 頃より)
4. 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
5. 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
 現在、服用中の薬はありますか ある (薬名) ・ ない
6. 検診・人間ドック、他の医療機関での検査で異常を指摘されたことはありますか
 はい (内容 :) ・ いいえ
7. 今日は食事をしていますか
 はい (時頃) ・ いいえ
8. (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
9. 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
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