

# 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。

## 大腸肛門病センター(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)

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)  
 便が出にくい      便に血または粘液が混じる      便が細い      下痢  
 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. くすり、その他アレルギーはありますか  
 ある ( ) ・ ない
9. 今までに重い病気 ・ 治療中の病気はありますか  
 ある (病名 ) ・ ない  
 また大腸ポリープをとったことがありますか      はい (いつ頃 ) ・ 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 ( 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 )    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