

# 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 (泌尿器疾患) 問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ M・T・S・H 年 月 日生

氏名 \_\_\_\_\_ ( )歳 男 ・ 女

職業 ( )

〒 \_\_\_\_\_ 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)

尿の回数が多い (昼 \_\_\_\_\_ 回、夜 \_\_\_\_\_ 回)

尿が出にくい 尿が出ない 尿がもれる

排尿時に痛む 残尿感がある 膿が出る

尿に血が混じる その他 ( )

4. 痛みはありますか はい ( 腹部 腰部 背部 その他 \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

5. 熱はありますか はい ( 度 ) ・ いいえ

6. 以前に、今回の症状で他の医療機関を受けたことはありますか

はい (病院名 \_\_\_\_\_ ) ・ 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 ( 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. 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( \_\_\_\_\_ )

**※ 診察前に尿の検査がありますので、排尿しないでお待ちください**

ご記入ありがとうございました