

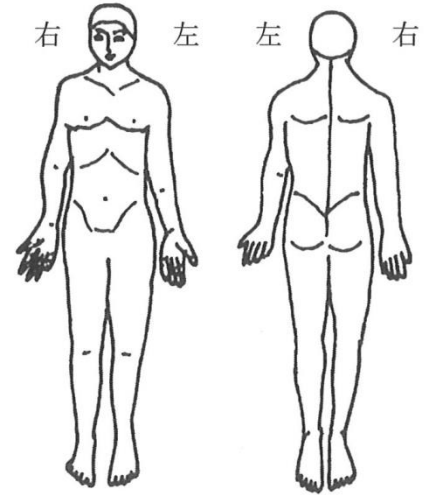
問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平・令
お名前			年 月 日生 (歳)
現住所	〒 -	TEL 携帯電話	

1. どうされましたか？（現在の症状について）

- 1) 具合が悪いところに○印をつけてください。
- 2) いつから具合が悪いですか？（S・H・R 年 月 日頃）
- 3) 就労中 就労外



2. 何か思い当たる原因があればご記入ください。

- a. 転倒・転落
- b. 重いものを持った
- c. 交通事故（事故日 年 月 日）
- d. 不明
- e. その他 ()

3. 今回の病気について他院で治療を受けたことがありますか？

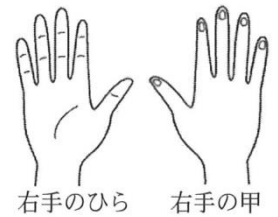
“はい”の方へ、それはどこですか？ ← はい・いいえ

- a. 他の整形外科（病医院名：)
 - b. 外科（病医院名：)
 - c. 接骨院
 - d. 鍼灸院
 - e. その他 ()
- どのような治療を受けましたか？ ()

4. 現在、飲んでいる薬があればお書き下さい。〈ある・ない〉（多い場合は裏面に記入）

5. 今までに大きな病気（ケガ、手術等）をしたことがありますか？〈ある・ない〉

- a. 高血圧
- b. 糖尿病
- c. 胃・十二指腸潰瘍
- d. 心筋梗塞・狭心症
- e. 脳卒中
- f. 肝硬変
- g. 気管支喘息
- h. その他 ()



6. 薬や食物でジンマシン等がでたことがありますか？〈はい・いいえ〉

7. 具体的な職業名は何ですか？（職業名： 年数：)

- a. 立ち仕事
- b. 座業
- c. 重いものを持つ
- d. 運転
- e. 膝の屈伸が多い
- f. 階段の昇降が多い
- g. 中腰作業が多い
- h. その他 ()



8. スポーツをしていますか？〈はい、いいえ〉 “はい”の方は下記へ

- a. 野球
- b. サッカー
- c. ゴルフ
- d. テニス
- e. ゲートボール
- f. ウォーキング
- g. その他 () (回/週、月) (期間：)



9. 女性の方へ

現在、※妊娠中ですか？〈はい・いいえ〉 ※授乳中ですか？〈はい・いいえ〉

右足の裏 右足の甲

10. 介護保険認定 なし・あり（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5）



11. 受診にあたり、当院（上田整形外科）を選択された理由は何ですか？（複数可）

- a. 知人の紹介（紹介者名：)
- b. 評判
- c. 近い
- d. 看板を見て
- e. 電話帳を見て
- f. 家族が通院している（た）
- g. ホームページ〈わかりやすかった・わかりにくかった〉
- h. その他 ()

ありがとうございました。
医療法人哲友会 上田整形外科