

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○印をつけて下さい。
- 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下さい。

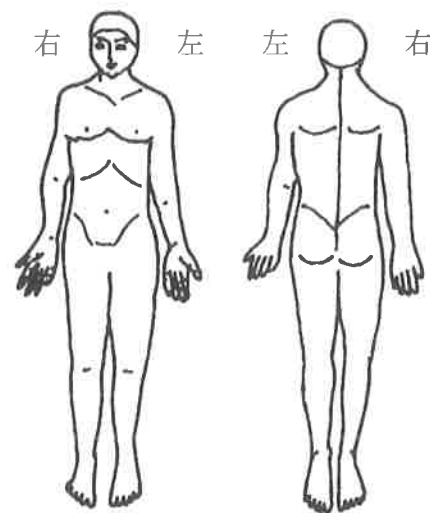
- a. 転倒、転落
- b. 重いものを持った
- c. 交通事故（事故日 年 月 日）
- d. 不明
- e. その他 ()

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、いいえ>

“はい”の方へ、それはどこですか？ ←

- 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
- 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. 中腰動作が多い
- 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：)

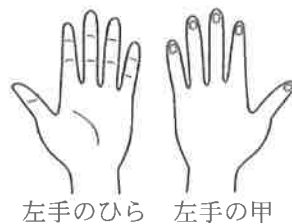
9. 女性の方へ

現在、※妊娠中ですか？<はい、いいえ> ※授乳中ですか？<はい、いいえ>

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？（重複可）

- 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 ()



体重 _____ kg

ありがとうございました。

