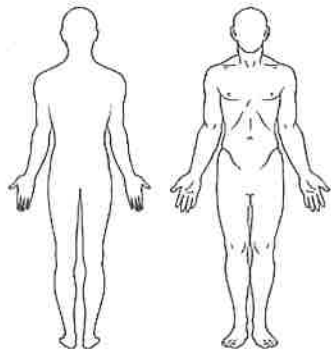


問 診 票

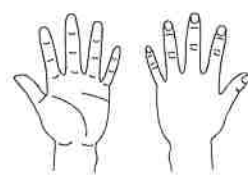
記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
氏名			携帯： - - 自宅： () -
住所 〒			介護認定 なし / 要介護 1・2 / 要支援 1・2・3・4・5

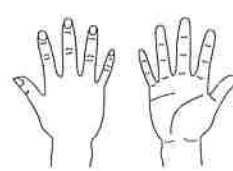
① 症状のある場所を教えてください（下の図に○などでご記入ください。3箇所まで）



ひだり



みぎ



② どのような症状ですか？

☐ 痛い ☐ しびれる ☐ 腫れている ☐ 違和感 ☐ 傷がある ☐ その他 ()

③ 症状（受傷）はいつからですか？

☐ 年 月 日頃 (事故日 年 月 日) ☐ 不明

④ 思い当たるきっかけや原因はありますか？

どこで：☐ 自宅 ☐ 工作中 ☐ スポーツ中 ☐ 交通事故 ☐ その他 ()

どのように：☐ 転倒 ☐ ぶつけた ☐ ひねった ☐ 使いすぎ ☐ 切った ☐ 分からない
☐ その他 ()

⑤ 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

☐ いいえ ☐ はい (医療機関名： 時期： ごろ)

⑥ 現在治療中、過去にかかった病気はありますか？

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 胃十二指腸潰瘍 ☐ 心疾患 (不整脈・心筋梗塞など)

☐ 腎疾患 ☐ 脳血管障害 (脳梗塞・脳出血など) ☐ 前立腺肥大 ☐ 骨折 (部位：)

☐ 悪性腫瘍 (がん) (部位：) ☐ その他 ()

⑦ 現在飲んでいるお薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい *はいを選ばれた方は、お薬手帳をご提示ください

⑧ 過去に手術を受けたことがありますか？ (時期・部位・手術名・病院など分かる範囲でご記入ください)

☐ いいえ ☐ はい ()

⑨ 薬や食べものなどのアレルギーはありますか？

☐ いいえ ☐ はい ()

⑩ 現在のお仕事内容やスポーツについて教えてください。

仕事 (デスクワーク・立ち仕事・軽作業・重労働・主婦・学生・無職・その他：)

スポーツ (競技名： 頻度： 回/週・月 程度)

⑪ 妊娠中、授乳中ですか？ (女性のみ)

☐ いいえ ☐ 妊娠または妊娠の可能性がある ☐ 授乳している

ご協力ありがとうございました



医療法人 哲友会
上田整形外科

●今日は、下記のいずれをご持参されましたか？

- ☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカードの保険証
(以下、マイナ保険証)

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療報酬（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

- ☐
- 同意していない
- ☐
- 同意した

●直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です

- ☐ 受けていない ☐ 受けた
(健診名:)

(いつ頃： 年 月 ころ)

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

- ☐ いいえ ☐ はい

●現在、他の医療機関に通院されていますか？

- ☐ いいえ ☐ はい
(医療機関名:)

(受 診 日: 年 月 日)

(治療内容：)

●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？（複数回答可）

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

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。