

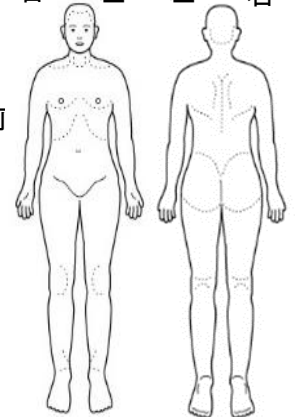
初めて受診される方へ

上田整形外科・内科 問診票 (NO.)

診察をうける方	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 () 歳
	住所	〒 (なるべく携帯の記入をお願いします。) 携帯 () - TEL () -		
	職業	具体的にお書きください	勤務先	TEL () -

① 今日はどこが具合が悪いですか？右の絵の痛い部分に○をつけて下さい

右 左 左 右



(1) いつからですか？

今日・昨日・() 日前 ・ () 週間前 ・ () ヶ月前 ・ () 年前

(2) どんな症状がありますか？ 痛み・しびれ・その他 ()

② 思い当たる原因はありますか？

[]

③ 現在ほかの病院で治療中ですか？服用中の薬はありますか？

病院名 ()
いいえ はい 病名 ()
服用薬 ()

④ アレルギー・喘息はありますか？

いいえ はい (具体的に)

⑤ 薬や注射でショックを起こしたり、薬を飲んで皮膚に発疹が出たことはありますか？

いいえ はい (具体的に)

⑥ 今までに病気をしたり、手術を受けたことはありますか？

いいえ はい 糖尿病・高血圧・脂質異常症・心疾患・結核・肝臓病・腎臓病
その他 ()

⑦ 女性の方へ

★ 現在妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (週) ・ 可能性あり ・ 授乳中 (ヶ月)

⑧ 体内に金属はありますか？ (心臓ペースメーカー、動脈瘤クリップなど)

いいえ はい (具体的に)

⑨ 日常生活についてお尋ねします

(1) スポーツ・運動はしますか？ いいえ はい (具体的に)
(2) タバコは吸いますか？ いいえ はい
(3) アルコールは飲みますか？ いいえ はい

⑩ 当院は何でお知りになりましたか？

知人の紹介 看板 家族 近所なので ホームページ その他 ()

◆ マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい / いいえ

◆ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい / いいえ