

# 初 診 問 診 票

整形外科以外を受診の方は  
はこちらへご記入下さい

記入日 平成 年 月 日

ふりがな **うの たろう**  
お名前 **宇野 太郎** 様 年齢 **76** 歳 **男**・女  
身長 **156** cm 体重 **60** kg

1. 本日はどうされましたか? 風邪をひいた
2. いつ頃からですか? 本日 **昨日** 4～5日前 1週間前 その他
3. どのような症状ですか? 当てはまるところに○をつけてください。

- ①頭痛 ②発熱 ③咳 ④咽頭痛 ⑤嘔吐 ⑥嘔気 ⑦腹痛  
 ⑧下痢 ⑨便秘 ⑩血便 ⑪排尿痛 ⑫排尿困難 ⑬残尿感 ⑭胸痛  
 ⑮背部痛 ⑯腰痛 ⑰頸部痛 ⑱めまい ⑲脱力感 ⑳その他
- ※食欲はありますか? はい **いいえ**

4. 1ヶ月以内に海外に行かれたことがありますか?  
はい 月 日頃 行き先 いいえ  
 ※はいの方 (3) で、咳・熱と答えられ方はマスクの着用をお願いいたします。

5. アレルギーはありますか? はい いいえ  
 あるかた (詳しくお書きください) 薬 \_\_\_\_\_ 食べ物 そば その他 スギ花粉

6. 現在、次の病気がありますか? あるもの全てに○をつけてください。
- ①糖尿病 ②高血圧 ③呼吸器疾患 ④心疾患 ⑤肝疾患 ⑥腎疾患  
 ⑦癌 ⑧脳疾患 ⑨じんましん ⑩胃・十二指腸潰瘍 ⑪緑内障  
 ⑫前立腺肥大 ⑬アトピー ⑭その他 \_\_\_\_\_ ⑮特になし

7. ご家族の方で、次の病気がありますか? あるものに○をつけてください。
- ①糖尿病 ②高血圧 ③呼吸器疾患 ④心疾患 ⑤肝疾患 ⑥腎疾患  
 ⑦癌 ⑧脳疾患 ⑨脳出血 ⑩膠原病 ⑪その他 \_\_\_\_\_  
 ⑫特になし

8. 現在飲んでいる薬がありますか? はい (薬品名 グラクティブ、ディオバン) いいえ
9. 今までに手術、入院をされたことがありますか? はい 年 月頃 入院・手術 いいえ

10. タバコを吸いますか? はい (1日 20 本) いいえ
11. お酒を飲みますか? はい (1日 350 /ml位) 時々 いいえ

12. 特に希望があれば○をつけてください。
- |                   |               |                 |         |
|-------------------|---------------|-----------------|---------|
| ①血液検査等            | a 希望する        | <b>b</b> 場合によって | c 希望しない |
| ②レントゲン・CT・MRI検査等  | a 希望する        | <b>b</b> 場合によって | c 希望しない |
| ③胃・腸のカメラ、バリウムの検査等 | a 希望する        | <b>b</b> 場合によって | c 希望しない |
| ④点滴・注射等           | <b>a</b> 希望する | b 場合によって        | c 希望しない |

13. 女性の方のみお答えください。  
 妊娠している可能性はありますか? はい いいえ

14. 健康診断で異常を指摘されたことがありますか? はい いいえ  
 指摘されたことがある方 どのようなことでしょうか? よろしければお書きください。

医師の判断でよい  
場合はbを選択

□ 次回で結構ですので、健康診断票をお持ちください。

15. あなたが悪性疾患と診断されたときは告知を希望されますか? はい いいえ
16. 医師に質問したいこと、検査等の相談があればなんでも結構です。遠慮なくお書きください。

医師確認欄 \_\_\_\_\_