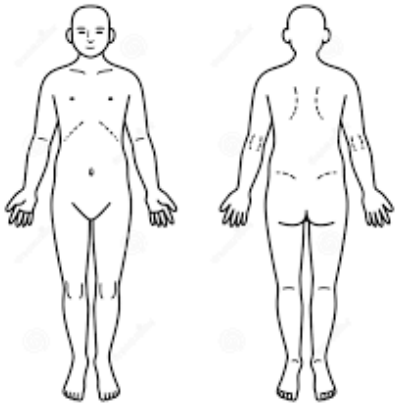
整形外科問診票

フリガナ
氏名：　　様（男・女）　身長：　　cm　体重：　　ｋｇ
生年月日：　　年　　月　　日　年齢：　　歳　職業：

１．本日の症状についてお聞きします。当てはまることに〇をつけて下さい。

・右の図の症状があるところに〇をつけて下さい。



・どのような症状ですか。

痛み　しびれる　腫れている　動かせない

その他（　　）

・その症状はいつ頃からですか。

昨日　２～３日前　４～５日前　１週間前

その他（　　）

・原因と思われることは何ですか。

交通事故　学校でのケガ　仕事中でのケガ　通勤中でのケガ　特に思いつかない

その他（　　）

２．この症状で、現在あるいは過去に病院・接骨院・整骨院などで治療をうけたことはありますか。

（　はい　・　いいえ　）

「はい」の方・・・医療機関名（　　）

病名　（　　）

治療内容　（　　）

３．これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に〇をつけて下さい。

高血圧　糖尿病　喘息　胃潰瘍　心臓病　腎臓病　肝臓病　リウマチ

痛風　脳梗塞/脳卒中　前立腺肥大　がん/腫瘍　甲状腺の病気　緑内障

心療内科疾患（うつ　不安神経症　その他　　）

その他病気（　　）

医療機関名（　　）

４．現在、何かお薬を飲んでいますか。（　はい　・　いいえ　）

「はい」の方・・・お薬手帳をご用意下さい

お持ちでない方（お薬の名前　　）

５．今までお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。（　はい　・　いいえ　）

「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前（　　）

６．女性の方にお尋ねします。

・妊娠中ですか（はい【　　】週・いいえ）　・授乳中ですか（　はい・いいえ　）

７．当院をお知りになったきっかけを教えてください

家族からの紹介　友人知人からの紹介　家が近い　ホームページ　看板

その他（　　）

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。