

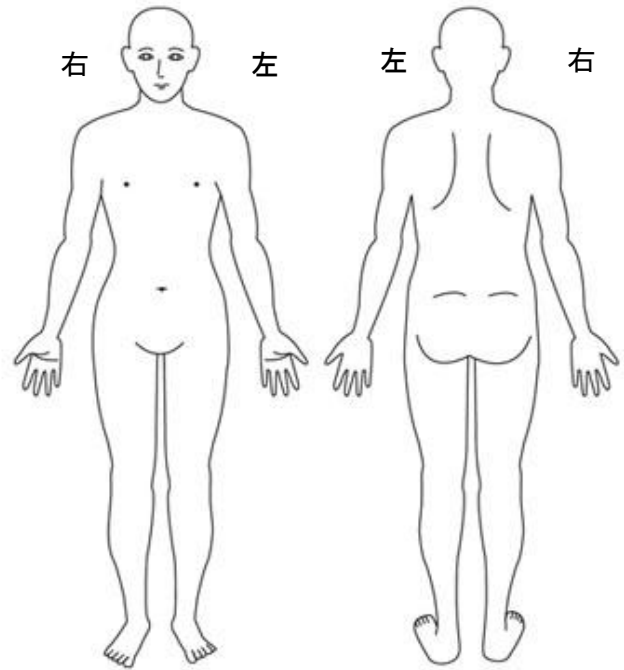
整形外科問診票

平成 年 月 日

当院に来院されたのは今回が初めてですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
フリガナ		(生年月日)M・T・S・H 年 月 日	
氏名		男・女	年齢 才
ご住所 〒 —		cm	kg
		電話	(自宅)
		番号	(携帯)

来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください

- 今日はどうされましたか？  
痛い しびれる だるい  
傷がある 腫れている  
その他  
 ( )
- 症状のある部位はどこですか？  
 右の図に○を付けてください。
- 症状はいつからですか？  
 年 月 日 頃から
- 症状が出たきっかけ・原因がありますか？  
交通事故 工作中または通勤中  
スポーツ 転倒  
その他( )  
原因不明



- 上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？  
いいえ はい 受診医療機関名( )
- 今までに大きな病気や入院、手術をしたことはございますか？ いいえ はい  
 はいと答えられた方は以下をご記入ください  
 病名( )  
 いつごろ( )
- 現在治療中の病気、かかったことのある病気があれば○を付けてください  
 病名 高血圧 心臓病 狭心症 糖尿病 胃潰瘍 十二指腸潰瘍  
ぜんそく 肝炎 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 じんましん  
その他( )
- 薬や注射による副作用ありますか？ いいえ はい( )
- アレルギーはありますか？ いいえ はい  
 はいと答えた方は該当するものにチェックを入れてください  
アトピー 鼻炎 喘息 その他( )
- 当院以外で通院されている病院はございますか？ いいえ はい
- 現在服用されている薬はありますか？いいえ はい(当院・他院) お薬手帳持参 なし・あり  
 お薬名( )
- 血液サラサラの薬を服用されていますか？(ワーファリン、バイアスピリンなど) いいえ はい
- 女性の方のみ 妊娠を している していない 可能性がある