



< 整形外科問診表 >

受付時間 _____ サイン _____
年 月 日

ID _____ 名前 _____ 年齢 _____ 男 女

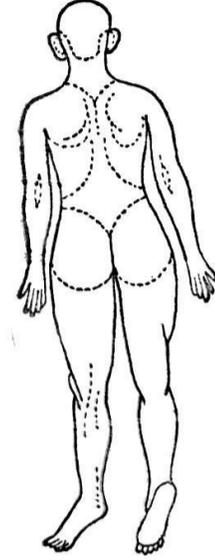
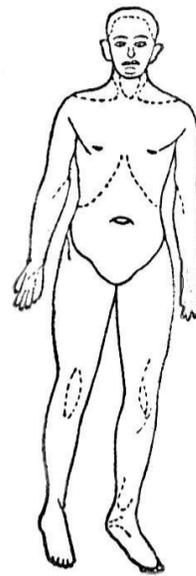
1 いつ頃からどのような症状でお困りですか？

1) いつ頃から

今日 昨日 3日前位 1週間前 10日前
2週間前 3週間前 1ヶ月前 1ヶ月以上前

(正面)

(背面)



2) どこが

右の図の該当する部位に○をつけてください。

3) 症状

痛い しびれる こる つっぱる 腫れている 重

その他()

2 原因は何ですか？

わからない 交通事故でのケガ 仕事でのケガ 通勤中のケガ スポーツでのケガ

その他()

3 この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか？

はい いいえ

「はい」の場合、その治療でどのような変化がありましたか

よくなった 悪くなった 変わらない

4 今までに以下の病気にかかったことはありますか。

いいえ リウマチ 痛風 心臓疾患 腎臓疾患 肝臓疾患 糖尿病 胃潰瘍 喘息

5 現在、他の診療科又は他の医療機関にかかっていますか。

はい いいえ

「はい」の場合、以下の該当するものを選んでください。

当院の他の診療科 他の医療機関 当院と他の医療機関の両方

6 現在飲んでいるお薬はありますか？「はい」の方は何を服用されていますか？

はい いいえ

()

7 今までにケガや病気で手術を受けたことがありますか。「はい」の方はどのような手術をされましたか？

はい いいえ

(歳)

8 今までに、麻酔の注射で気分が悪くなったり蕁麻疹が出たりしたことはありますか。

はい いいえ

9 アレルギー(薬を飲んだ時・何かを食べた時)はありますか。

はい(食物アレルギー 薬アレルギー) いいえ

※ 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか。または妊娠の可能性はありますか。

はい いいえ