

整形外科問診票

ID: _____

※かならずふりがなも書いて下さい

(フリガナ) _____ 〒 _____ 住所 _____
名前 _____ 日中つながるご連絡先 TEL _____
性別 男・女 職業 _____ 携帯電話 _____
生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

どこが悪いですか？絵に○で印を付けてください。

どのような症状ですか？

☐ 痛い ☐ しびれる ☐ 動かしにくい ☐ はれている
☐ 傷がある ☐ その他 ()

いつごろから症状が出ていますか？

()

症状がでたきっかけは何ですか？

☐ 運動で ☐ 労災で
☐ 外傷(けが) → 転倒・だぼく・ひねった
☐ 交通事故⇒自損事故ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
事故にあった日はいつですか(月 日)
☐ その他 () ☐ 原因が分からない

今回の症状で他の医療機関を受診、治療していますか？

☐ はい 医療機関名 ()
治療内容 ☐ お薬 ☐ 注射 ☐ リハビリ ☐ その他
☐ いいえ

現在治療中の病気はありますか？

☐ いいえ
☐ はい → ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 脳梗塞
☐ 胃潰瘍 ☐ ぜんそく ☐ 腎臓病
☐ その他 ()

いままでに病気やけがで手術を受けたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい いつ () 手術名 ()

現在お薬を飲んでいますか？

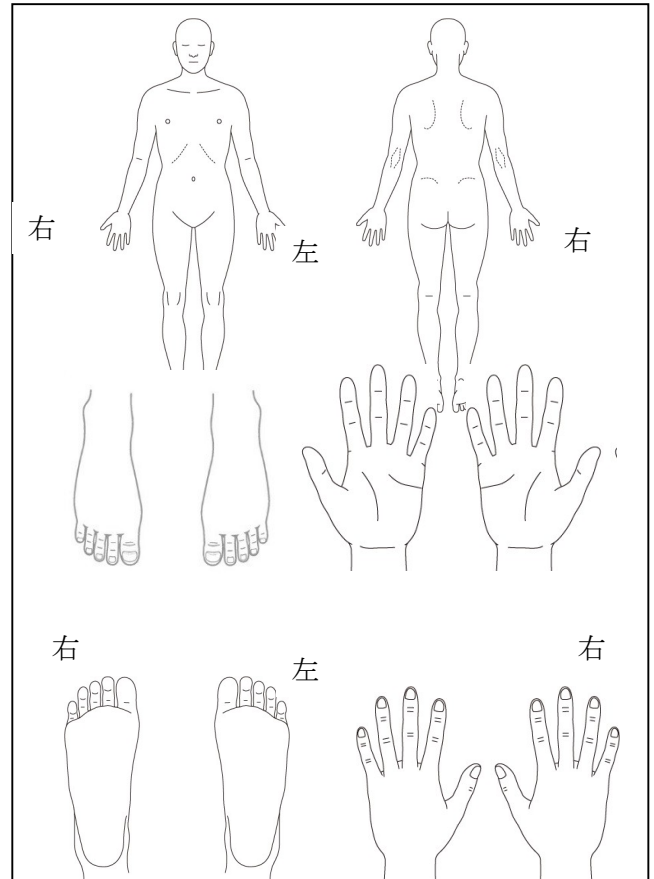
☐ いいえ ☐ はい 服用中のお薬 () お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

アレルギーはありますか？

☐ いいえ ☐ はい 何のアレルギーですか？ → ()

女性の方のみお書きください

現在妊娠していますか？ ☐ はい ☐ いいえ 現在授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ



★診療についてご希望がありましたらチェックしてください。

☐ 注射 ☐ 骨密度検査 ☐ リハビリ

☐ CT・MRI・・・精密検査 治療・検査は医師の診断のもとに行います
ので患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。