

整形外科問診票

患者ID

記入日 年 月 日

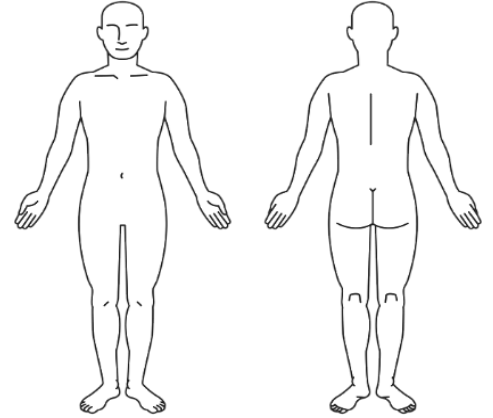
ふりがな				〒	—
お名前					
性別・年齢	男・女	年齢	才	自宅番号	
生年月日	大 昭 平	年	月	日	携帯番号
今回の症状は交通事故・工作中的のケガ・第三者の行いによるものですか？					はい ・ いいえ

1. 気になる症状はいつごろからですか？ ()

2. 診療してほしい所はどこですか？ 右のイラストに診療希望の部位を「○」して下さい

3. どのような症状がありますか？

- 痛い しびれる おもい 動きが悪い 腫れ
 傷 変形 その他()



4. 思い当たる原因はありますか？

- なし あり()

5. 今回の症状で他の病院で治療を受けたことがありますか？

- あり 病院名() いいえ

6. どのようなお仕事をなさっていますか？

- していない あり()

7. 何かスポーツをなさっていますか？

- していない あり()

8. 現在治療している病気や、今までにかかった病気、受けた手術などはありますか？

- なし あり(該当する症状にチェックをつけてください)

- 高血圧症 高脂血症 糖尿病 心臓病 腎・肝臓病 胃・十二指腸潰瘍
 脳梗塞・出血 喘息 高尿酸血症 前立腺 貧血 甲状腺 骨粗鬆症
 精神 悪性腫瘍 痛風 リウマチ その他()
 手術名()

9. 現在飲んでいる薬がありますか？(※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください)

- なし あり 薬品名(手帳なしの場合) _____

10. 薬・食べ物に対するアレルギーはありますか？

- なし あり 薬品名(可能であれば) _____

11. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ 授乳中ですか？

- 妊娠について なし あり 不明 授乳について いいえ はい

12. ご来院のきっかけをお選び下さい。

- 家・会社が近所 看板 ホームページ 他院からの紹介()
 家族が通院 知人の紹介() その他()