

# 整形外科問診票

受診日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 才 職種 \_\_\_\_\_

1、いつ頃から、どのような症状ですか。

◆いつ頃からですか。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  
\_\_\_\_\_ 年・月・日前から

◆どのような症状ですか。

痛み・腫れ・しびれ・動きづらい

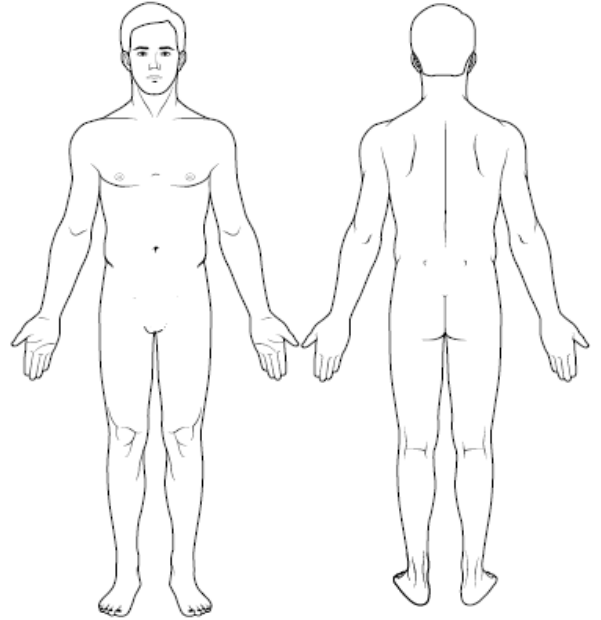
その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆きっかけ、原因はありますか。

特になし

交通事故・仕事中のけが・転倒・スポーツ

その他 ( \_\_\_\_\_ )



症状のある部分に○をつけて下さい

2、現在または過去に、この症状で治療を受けていますか。

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

3、現在治療中、又は今までにかかった病気を○で囲んで下さい。

高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・胃潰瘍・喘息・肝臓病・腎臓病・痛風・リウマチ

その他 ( \_\_\_\_\_ )

4、現在服用しているお薬はありますか。

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

5、過去に怪我や病気で手術または治療を受けたことがありますか。

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

6、今までに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか。

いいえ はい (薬品・食品名 \_\_\_\_\_ )

7、スポーツをされていればご記入下さい。

種類 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 回程度 / 週・月

8、女性の方のみお答え下さい。

現在妊娠中(可能性も含む)、授乳中ですか。

はい いいえ