

# 整形外科問診票

フリガナ

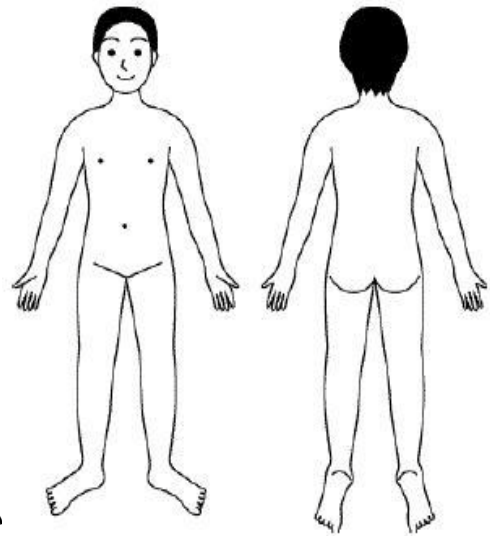
氏名 \_\_\_\_\_ 殿 ( 男 ・ 女 ) 職業 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

- ・いつ頃からですか。 ( \_\_\_\_\_ から )
- ・症状のあるところはどこですか。(右図に○をつけて下さい)
- ・どのような症状で ( \_\_\_\_\_ )
- ・原因は何ですか。○をつけてください。

- 1) 交通事故      2) スポーツ外傷      3) 仕事上の事故
- 4) その他( \_\_\_\_\_ )      5) 特に原因なし



2. 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」の方… 病名( \_\_\_\_\_ )

また、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 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ] )

3. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。

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

4. 現在、他の病院にかかっていますか。( はい ・ いいえ )

「はい」の方… ( \_\_\_\_\_ ) 科 病名 ( \_\_\_\_\_ )

5. 他の病院や施設でリハビリを行っていますか。

( はい ・ いいえ )

6. 現在、何か薬を飲んでいますか。 ( はい ・ いいえ )

「はい」の方… 薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

お薬手帳をお持ちの方はそのままお出しください。

7. 今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか ( はい ・ いいえ )

「はい」の方… お薬・食べ物の名前( \_\_\_\_\_ )

8. 女性の方のみお答えください。

- ・妊娠中ですか ( はい [ \_\_\_\_\_ ] 月 ・ いいえ )      授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

9. 何を見て来院されましたか。○をつけてください。

知人の紹介      通りがかり      インターネット      広告      その他( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。順番がきましたら、お呼びいたしますので、もう少々お待ちください。