

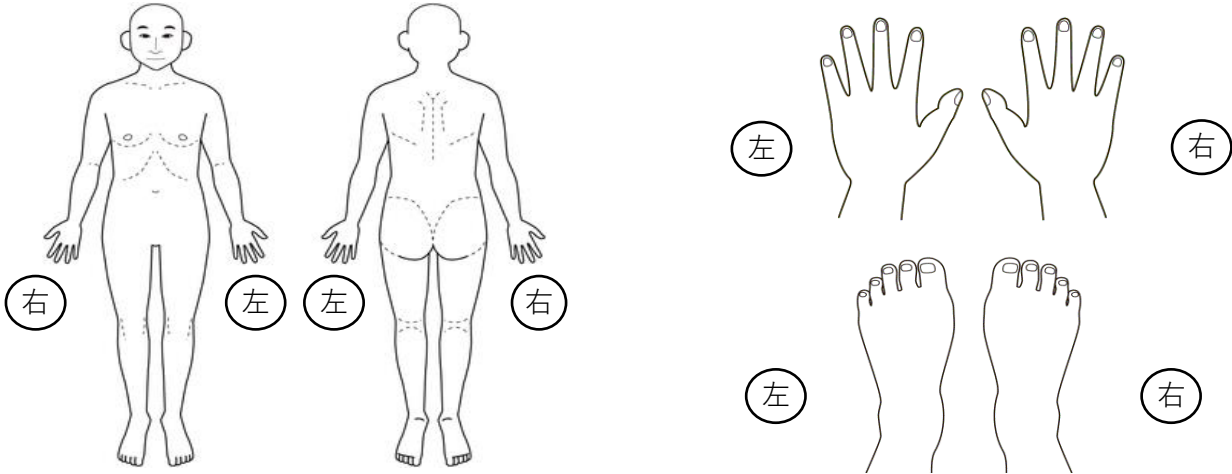
整形外科問診票

2022/9/7 改訂版

記載日： 年 月 日

郵便番号： -	電話番号： ()
住所：	携帯電話： ()
	緊急連絡先： () 続柄：
ふりがな：	生年月日： 年 月 日
氏名：	身長： cm 体重： kg
	年齢： 歳 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

1. 診察してほしい所はどこですか？症状のある部位に○をつけてください。



2. どのような症状がありますか？

- 痛い しびれる 変形している 腫れている 感覚がにぶい こわばる
熱をもっている 動かさにくい 歩きにくい その他 ()

3. 症状はいつからですか？

(日 週 月 年) 前から 不明

4. 思い当たる原因はありますか？

- なし あり： ぶつけた はさんだ ひねった 転んだ スポーツ 交通事故 その他 ()

5. 今回の症状で他の病院/診療所/接骨院などで治療を受けたことがありますか？ 紹介状あり

- なし あり： 施設名 ()

6. 過去にけがや病気で手術を受けた事があればお答えください

手術名 () 体内金属： なし ・ あり

7. 現在治療中の病気や服用中の薬はありますか？ お薬手帳があれば受付にご提出下さい

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 その他 ()
医療機関名 ()
服用中の薬 ()

8. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答えください。

- なし あり： 薬 ・ 食物 ()

9. 女性の方へ： 現在、妊娠の可能性はありますか？

- なし あり

10. 40歳以上の方へ： 骨粗しょう症の検査を希望しますか？

- はい いいえ

11. 当院受診のきっかけは？

- 家族や知人の紹介 他院からの紹介 自宅に近い ホームページを見て
市役所などの動画を見て 管板を見て 専門医がいるので その他 ()