整形外科問診表

令和 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	年	月	日	電話番号
住所	〒	性別	男	•	女	緊急連絡先:ご家族の電話番号
					<u> </u>	

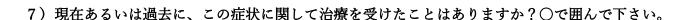
- 1) どのような症状で来院されましたか?○で囲んで下さい。
 - ・痛い ・けがをした ・腫れている
 - ・しびれる ・動きが悪い
 - ・その他(
- 2) 具合の悪い所に○をつけて下さい。■
- 3) その症状が出たのはいつ頃からですか?

(

月

日頃から)

- 4) 原因と思われることはありますか?○で囲んで下さい。
 - ・転倒 ・ひねった ・打った
 - ・スポーツ中(
 - ・特に原因なし ・その他(
- 5) 仕事中のケガですか? はい ・ いいえ
- 6) 交通事故のケガですか? はい ・ いいえ



・はい⇒ (病院名:

)・いいえ

)

- 8) 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか?○で囲んで下さい。
 - ・特になし ・高血圧 ・糖尿病 ・ぜんそく ・胃かいよう

・心臓病 ・腎臓病

・肝臓病 ・脳こうそく ・その他(

- 9) 本日、お薬手帳はお持ちですか?○で囲んで下さい。
 - ・はい⇒診察室にて医師にお見せ下さい・いいえ
 - ※いいえの方で、現在使用しているお薬はありますか?
 - ・はい⇒ (薬品名:

10) 薬のアレルギーはありますか?○で囲んで下さい。

・はい⇒ (薬品名:

)・いいえ

11) 女性の方へ