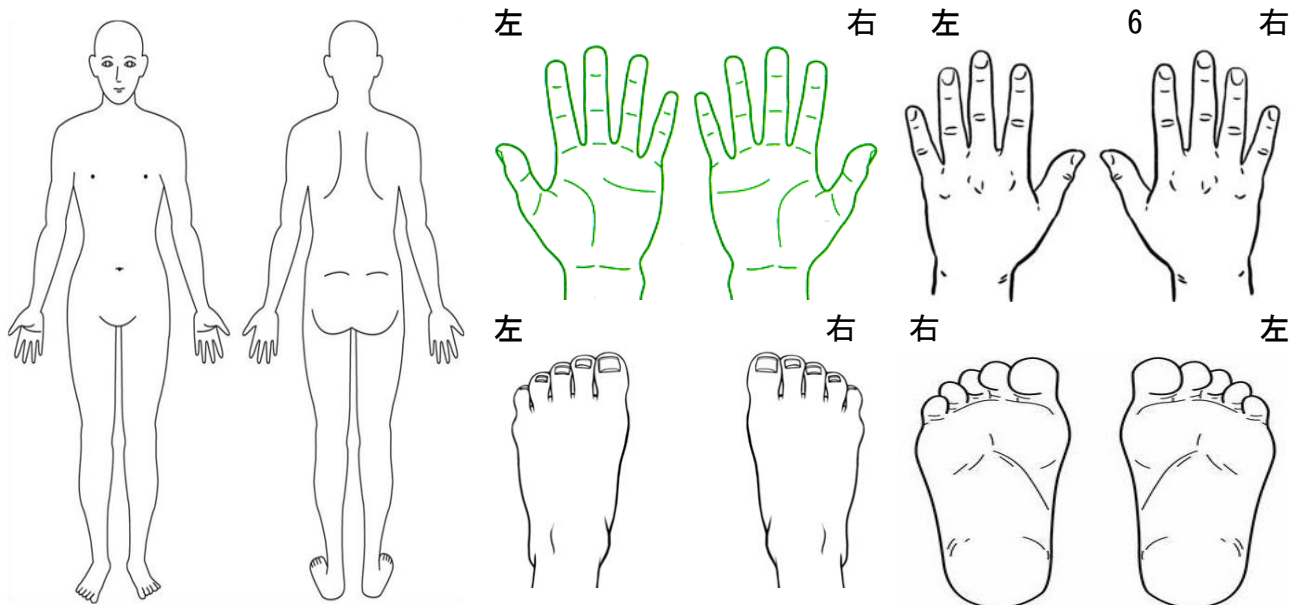


身長 _____ cm 体重 _____ Kg

整形外科問診票

_____ 年 _____ 月 _____ 日

1、具合の悪い場所に○をつけてください。



2、どのような症状がありますか？症状に○をつけてください。

() 痛み () しびれ () 腫れている () 傷がある
その他 ()

3、思い当たる原因がありますか？

ない・ある (外傷 (転倒やスポーツ) 交通事故 (勤務中、通勤中))
その他 ()

4、症状はいつからですか？

本日 (_____ 時頃から) ・ 2～3日前 ・ 1週間前 ・ 2週間～3週間前
その他 ()

5、大きな病気、手術の経験はありますか？

ない・ある 歳：病名 (_____)
歳：病名 (_____)

6、かかりつけのクリニックはありますか？

はい・いいえ

クリニック① _____
クリニック② _____

裏面もご記入ください

7、現在定期的に受診して治療中のご病気はありますか？

ない・ある（高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・糖尿病・喘息・
結核・前立腺肥大・緑内障・その他_____）

*お薬手帳をお持ちの方は受付へお渡しください。

8、血液をサラサラにするお薬は飲んでいますか？

ない・ある（薬品名：_____）

9、薬で湿疹やかゆみなど副作用が出たことがありますか？

ない・ある（薬品名_____）

10、アレルギーはありますか？

ない・ある（花粉、アトピー、食品、喘息、その他（_____））

11、嗜好品 アルコール：1日 ml 1週間で 日飲む

たばこ：1日 本 1週間で 箱吸う

12、（女性の方のみ） 妊娠中ですか？

はい・いいえ

12、（女性の方のみ）授乳中ですか？

はい・いいえ

13、診療の過程で治療困難な病気と診断された場合病名の告知を希望されますか？

はい・いいえ