

整形外科問診表

年 月 日

患者 ID _____

受付 No _____

様 年齢 才 (男・女) 生年月日 年 月 日

住 所 〒 _____

電話番号 () 身長 cm 体重 kg

1. 気になる症状はいつごろからですか？

____月 ____日より

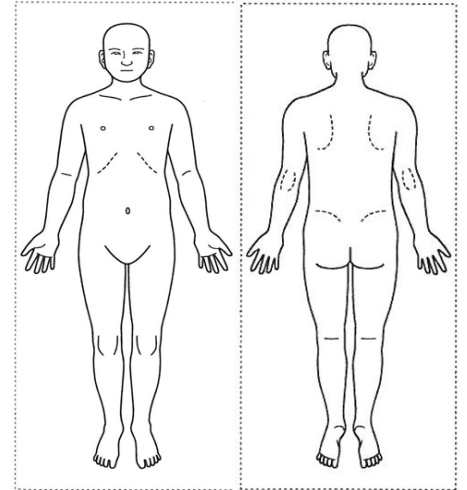
本日 昨日 () 日前 () 週前 () ヶ月前 () 年前

2. 診察してほしい所はどこですか？

※□にレ点と人体図には○をつけて下さい

左 右 両側

- 首 背中 頭 顔 胸 腹 腕
 肩 肘 手首 手掌 手甲 手指 (指)
 腰 股関節 お尻 ふともも ふくらはぎ
 膝 足甲 足裏 足指 (指) 爪 (指)
 足首 かかと その他 ()



3. どのような症状がありますか？

- 痛い しびれる おもい 動きが悪い 腫れ
 傷 変形 その他 ()

4. 思い当たる原因はありますか？

なし あり ()

5. 他の病院で治療を受けたことがありますか？ あり 病院名 ()

6. どのような仕事をなさっていますか？ していない あり ()

7. 何かスポーツをなさっていますか？ していない あり ()

8. 現在治療している病気や、今までにかかった病気、受けた手術などがありますか？

なし あり

- 高血圧症 高脂血症 糖尿病 心臓病 腎・肝臓病 胃・十二指腸潰瘍
 脳梗塞・出血 喘息 高尿酸血症 前立腺 貧血 甲状腺 骨粗鬆症
 精神 悪性腫瘍 ()
手術名 () その他 ()

9. 現在飲んでいる薬がありますか？ (※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください)

なし あり 薬品名 (手帳なしの場合) _____

10. 薬に対するアレルギーはありますか？

なし あり 薬品名 (可能であれば) _____

11. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？

なし あり 不明