

整形外科問診票

フリガナ

氏名

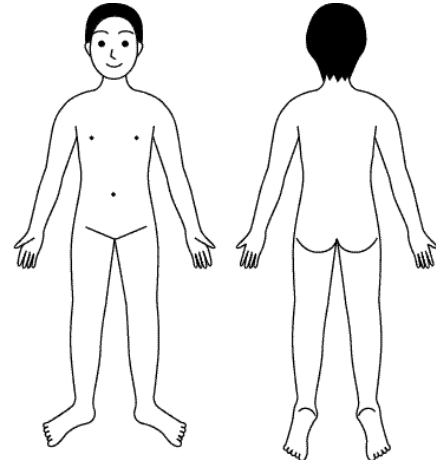
殿 (男 ・ 女) 職業

身長

cm

体重

kg



1. 本日の症状についてお聞きします。

• 右の図の症状があるところに○をつけて下さい。

• いつ頃からですか。() から

• どのような症状ですか

痛み しびれ はれ 動かない

その他 ()

• 原因は何ですか?○をつけて下さい。

交通事故 学校でのケガ 工作中的ケガ

通勤中のケガ 特に原因なし その他 ()

2. この症状で、現在あるいは過去に病院・接骨院・整骨院などで治療を受けた事がありますか。

(はい ・ いいえ)

「はい」の方・・・医療機関名 ()

病名 ()

3. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ

痛風 脳梗塞/脳卒中 前立腺肥大 がん/腫瘍 甲状腺の病気 緑内障

心療内科疾患(うつ、不安神経症など) その他 ()

医療機関名 ()

4. 現在、何かお薬をのんでいますか? (はい ・ いいえ)

「はい」の方・・・お薬手帳をご用意下さい。

お持ちで無い方(お薬の名前)

5. 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか。 (はい ・ いいえ)

「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前 ()

6. 女性の方にお尋ねします。

• 妊娠中ですか? (はい【 】週 ・ いいえ) • 授乳中ですか? (はい ・ いいえ)

8. 当院へは何を見て来院されましたか。○を付けて下さい。

知人の紹介 通りがかり ホームページ 月刊新松戸 月刊ハロー松戸

バス車内放送 その他 ()

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい。