

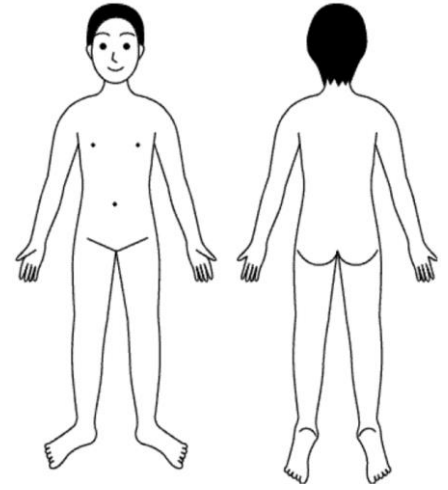
# 整形外科問診表

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

職業 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

診察の参考にさせていただきますので、ご協力お願い致します。  
下記の項目について、記入もしくは○で囲んでください。



症状がある部位を○で囲ってください

(1) 本日は、どのような症状・目的で来院されましたか？  
痛み しびれ 腫れ 動かしにくい けが 骨密度  
その他( )  
その症状はいつ頃からですか？ ( )

(2) 思い当たる原因、きっかけはありますか？  
特に原因なし 交通事故 スポーツ 工作中・通勤中の事故 学校でのけが  
その他( )

(3) 同じ症状について、おかかりの病院はありますか？  
ない ・ ある ( 病院)

(4) 現在、他の病院でもらっているお薬はありますか？ ない ・ ある  
本日、お薬手帳はお持ちですか？ はい ・ いいえ  
「いいえ」の方はお薬の名前をご記入下さい。( )

(5) 血液をサラサラにするお薬(抗凝固剤、抗血栓薬など)は飲んでいますか？ はい ・ いいえ

(6) 今までに大きな病気をしたことがありますか？  
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 喘息 ・ リウマチ ・ 痛風 ・ 胃潰瘍  
その他( )

(7) 今まで入院や手術をしたことがありますか？ はい ・ いいえ  
\_\_\_\_\_ 年 ( )

(8) アレルギーを起こしたことはありますか？ はい ・ いいえ  
「ある」と答えた方 薬 ( )  
食べ物 ( )  
その他 ( )

(9) 過去に歯の麻酔や局所麻酔剤でご気分が悪くなったことはありますか？ はい ・ いいえ

(10) ペースメーカーをつけていますか？ はい ・ いいえ

(11) 女性の方にお聞きします  
現在 妊娠中ですか？ はい(現在 妊娠 週) ・ いいえ  
現在 授乳中ですか？ はい・いはい

\*当クリニックでは患者様のご本人確認の為、フルネームでお呼び出しを行なっております。  
ご都合の悪い場合はお申し出ください。