年　　月　　日

整形外科問診表

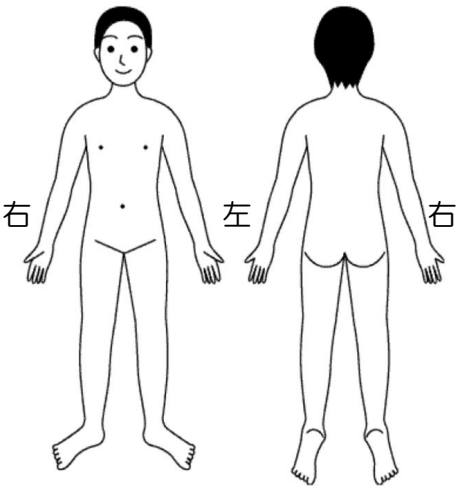
※住所や電話番号に変更があった場合は受付にお申し出下さい。

ふりがな
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　男　・　女　）　年齢　　才
職業＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　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、記入もしくは〇で囲んでください。

(1)本日は、どのような症状でお困りですか？
しびれ　痛み　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？　(　　)

症状がある部位を〇で囲ってください　⇒　⇒　⇒　⇒



(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
仕事中・通勤中の事故　学校でのけが
その他(　　)

労災・自賠になる可能性が少しでもある方は必ず受付にお申し出ください。

(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　(　　)
＿＿＿＿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　・　いいえ

妊娠中・授乳中の方は、必ず受付にお申し出ください。

(12) 現在のお住まいの状況についてお伺いします。　独居　・　同居　(どなたと？　　)
周りに協力してくれる方はいらっしゃいますか？　いいえ・　はい ⇒(どなた？　　)

ご記入いただきありがとうございました。お手数ですが受付へお持ちくださいますようお願いいたします。

目黒ゆうあいクリニック