

整形外科問診票

受診日 年 月 日

お名前 _____

男 女

電話番号 _____

職業 _____ (歳)

身長 _____ cm

体重 _____ kg

飲酒 する ・ なし _____

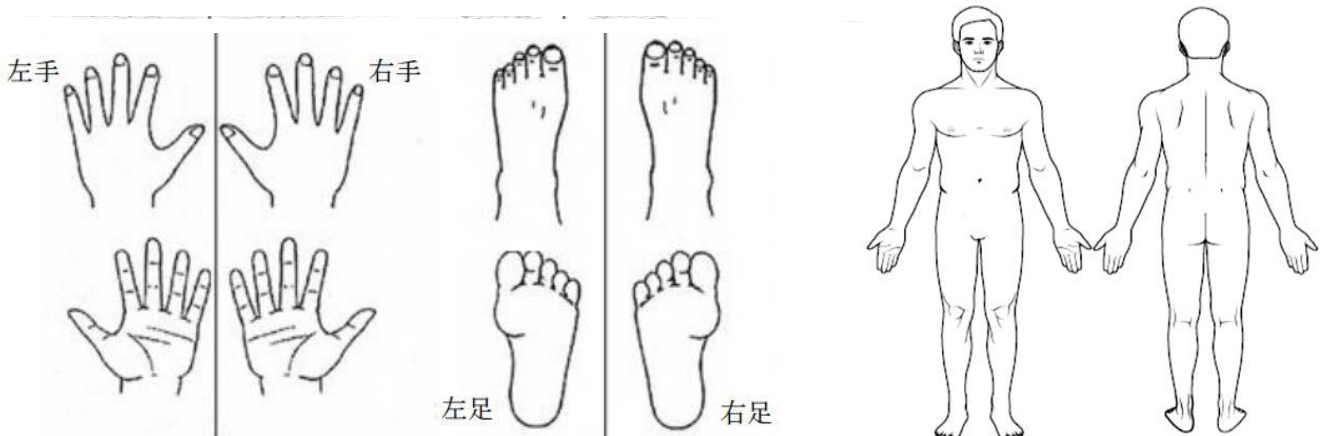
喫煙 あり (_____ 本/日) ・ なし _____

※ 整形外科外来に受診は 初めて・久しぶり ですか？

1：今日はどのような症状ですか？ あてはまるものにレ点して下さい。

熱感 しびれ 腫れ 違和感 おもい 発赤 あざ 動きにくい
痛み（動作時・じっとしていても） その他 (_____)

2：症状のある部分はどこですか？図の中に○をして下さい。



3：いつからですか？ (_____ 月 _____ 日から) もしくは (_____ 位まえから)

4：それについて思い当たる原因はありますか？

ない ある 交通事故（自賠責） 職場・通勤（労災）

(詳細 _____)

5：上記症状で、治療を受けたことがありますか？

ない ある (病院名 _____ 病名 _____)

6：現在、治療中の病気または、持病・ケガはありますか？

ない ある
高血圧 リウマチ 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞
糖尿病 ぜんそく (その他 _____)

7：今までに、病気・ケガで手術などしたことはありますか？

ない ある (病院名・病名 _____)

8：現在、内服中の薬はありますか？ ※お薬手帳があれば、問診票と一緒にお願いします。

ない ある (お薬名 _____)

9：お薬のアレルギーはありますか？

ない ある (お薬名 _____)

10：女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？ ない ある (妊娠 _____ 週目) 授乳中

記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。

中田病院 整形外科