

整形外科問診票

受診日 年 月 日

紹介状 あり・なし

フリガナ

持参フィルム あり・なし

氏名 _____ 男・女

職業 _____

年齢 才 身長 cm 体重 kg

◆症状のある部位に○をつけて下さい。

喫煙 あり(本/日) ・ なし

1、いつごろから、どのような症状でお困りですか？

いつごろから()

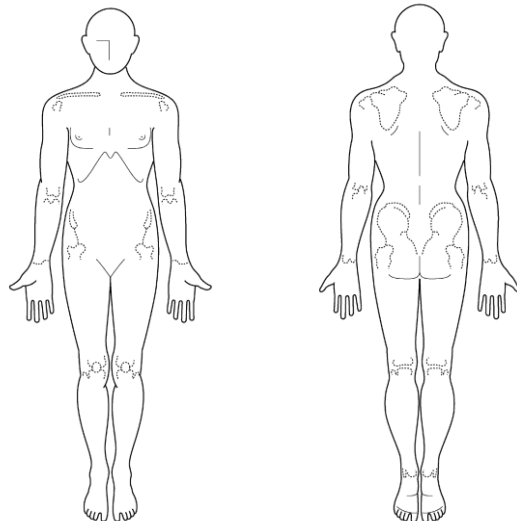
・症状は 痛み ・ 変形 ・ 腫れ ・ しびれ

その他()

きっかけ、原因はありますか？

交通事故・仕事中のけが・スポーツ

その他()



2、現在あるいは過去に、この症状で治療を受けていますか？

いいえ はい ()

3、現在治療中、又は今までにかかった病気を○で囲んで下さい

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 胃潰瘍 ・ 喘息 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 痛風 ・ リウマチ

その他()

4、現在服用しているお薬はありますか？(お薬手帳があればご提示下さい)

いいえ はい()

5、過去に怪我や病気で手術または治療を受けたことがありますか？

いいえ はい ()

6、今までに薬や食品・ゴム手袋・金属などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ はい (お薬・食べ物などの名前→)

7、女性の方へ

現在妊娠中ですか？ はい いいえ

現在授乳中ですか？ はい いいえ

うさみ整形外科