

# 整形外科問診票

年 月 日

氏名

(年齢)

歳 (性別) 男・女

## 診察を希望される症状について

①交通事故に関係ありますか? ない ある

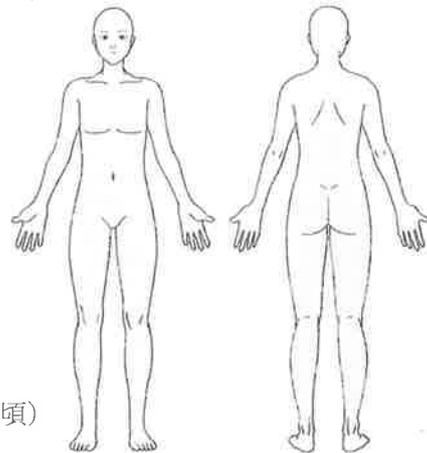
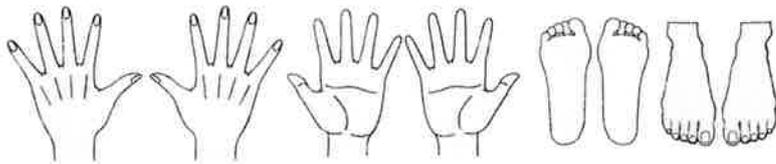
②仕事に関係ありますか? ない ある

※「ある」の方は勤務中か通(退)勤中か○をしてください。《 勤務中 ・ 通(退)勤中 》

③症状の種類を選択してください。(複数選択可)

痛み 腫れ しびれ 違和感 脱力 麻痺 その他( )

④症状のある場所に○を付けてください。(下段図)



⑤いつからの症状ですか?

本日 昨日 2~3日前 1週間以内

1ヵ月以内 2~3ヵ月前 半年以内

半年以上前

(具体的にわかれば記入してください。 月 日 時頃)

⑥思い当たる原因はありますか?あれば書いてください。

ない ある( )

⑦今回の症状ですでに治療を受けていますか?

いいえ はい(診断名: )

医療機関名: )

⑧紹介状(診療情報提供書)、画像のCDがありますか?

いいえ はい(受付に提出してください)

## 現在までの病気やケガなどについて

①現在、他の医療機関に通院していますか? いいえ はい(医療機関名: )

※「はい」の方は該当病名をチェックしてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 不整脈 肺疾患 喘息 胃潰瘍 脳卒中

悪性腫瘍・がん(部位: ) 骨折(部位: )

その他( )

②これまでに大きな病気・けがをしたこと、手術を受けたことはありますか?

ない ある(病名・手術名: )

医療機関名: )

③現在飲んでいる薬はありますか?

ない ある(お薬手帳を受付に提出してください。)

④お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか?薬や注射で異常があったことはありますか?

ない ある(具体的な内容: )

⑤ペースメーカー、そのほか体の中に金属類は入っていますか?

ない ある(場所: )

⑥女性の方へ、妊娠の可能性はありますか? 不明 ない ある

診察申込書		年	月	日
ふりがな				世帯主との続柄
氏名				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日
		年齢	才	
現住所	〒 -			
電話番号				
当院は初めてですか	当院をどちらでお知りになりましたか			
はい・いいえ				