

整形外科問診表

(年 月 日)

この問診表は、診察する上で大切な資料となります。わかる範囲でご記入をお願いいたします。

フリガナ		男	明治 大正 昭和 平成
氏名		女	年 月 日 生 (才)
〒			
住所			
電話番号	自宅	会社	緊急連絡
勤務先		スポーツ	
職業	主婦 学生 (年)	身長	cm 体重 kg

1. どのような症状がありますか？下記の症状と図に○をお付け下さい。

①どの部位ですか。

首・肩・背中・腰・腕（右・左）・手（右・左）

股関節（右・左）・膝（右・左）・足（右・左）

その他 ()

②どのような症状ですか。

痛い・しびれる・腫れている・動きにくい・熱がある

その他 ()

③何か原因がありますか。

打撲・捻挫・不明・その他 ()

④いつからですか。 (年 月 日から)

⑤そのことで、どこかで診察を受けられましたか。もらったお薬がわかれば、お書きください。

()

2. 今までに大きな病気やけがはありませんか。

ある・ない

病名 ()

3. 現在、治療中の病気がありますか。

ある・ない

・糖尿病・心臓病・高血圧・高脂血症・腎臓病・肝臓病・その他 ()

・今、飲んでいるお薬は？ ()

お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しくださいませご記入の必要はありません。

4. 薬や食物のアレルギーはありますか。

ある・ない

()

5. 注射をうって気分が悪くなったことはありますか。

ある・ない

()

6. 女性の方にお聞きします。

妊娠をしている可能性はありますか。

ある・わからない・ない

7. 便の性状（便秘 普通 下痢） 便の回数 () 日に 1 回

8. この病院を、お知りになったきっかけをお教えてください。（何箇所でも結構です。）

インターネット（ホームページ）・バスの車内放送・看板・電話帳・近所だから

知人・ご家族の紹介 (様) ・先生の紹介 (先生) ・その他 ()

☆当院は眼科診療も行っております。眼に関する心配事やご相談があれば、遠慮なくお申し出ください。同日に二科受診することも可能です。

患者様の個人情報、診察に関する事以外には、使用いたしません。

