

# 整形外科問診票

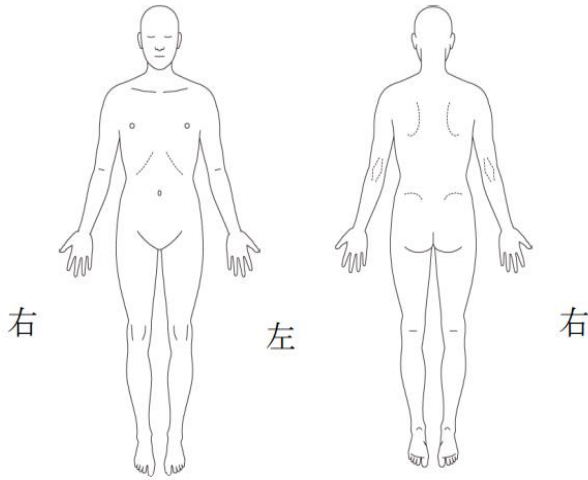
年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ 歳)

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 職業: \_\_\_\_\_

**\* 仕事中のケガ(労災)や事故(自賠償)の際は、受付にお申し出ください \***

1. 下記の図に診療を希望される部位を記入してください



①どのような症状ですか(複数回答可)

- 痛い                       しびれる                       動かしにくい  
 はれている                 傷がある  
 その他( \_\_\_\_\_ )

②いつ頃からですか

③症状に原因はありますか

- 運動で                       仕事で                       原因不明  
 その他( \_\_\_\_\_ )

2. 受診の目的を選択してください(複数回答可)

- 一般の診療と治療                       他医療機関からの紹介                       手術を受けたい  
 リハビリを受けたい ※当院にはリハビリ施設がない為、他医療機関へ紹介させて頂く場合がございます  
 診断書の作成依頼                       その他( \_\_\_\_\_ )

3. 今回の症状で、他院で治療を受けたことがありますか

いいえ                      はい (医療機関名: \_\_\_\_\_ )

4. 紹介状や他院からのレントゲン・検査結果はお持ちですか

いいえ                      はい

5. 注射や飲み薬・湿布などで副作用が出たことがありますか

いいえ                      はい

・「はい」と答えた方、どのような症状でしたか

6. 抜歯やケガなどで局所麻酔をした際に、気分が悪くなったことがありますか

いいえ                      はい

7. 他に治療している病気はありますか

いいえ                      はい ( \_\_\_\_\_ )

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 脳卒中
<input type="checkbox"/> 胃腸病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> ぜん息	
<input type="checkbox"/> その他( _____ )			

8. 手術をしたことがありますか

いいえ                      はい (手術名: \_\_\_\_\_ )

9. 現在妊娠していますか

いいえ                      はい

10. その他、気になることや相談したいことがございましたらお書きください