

整形外科問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	年齢	生年月日	
お名前	様		歳	大・昭・平・令 年 月 日	
ご住所	〒 -	電話	-	-	
		携帯	-	-	
		緊急連絡先	(ご関係)	()	
		身長	cm	体重	kg

1. どのような症状で来院されましたか？

- 痛い しびれる 腫れてきている 動きが悪い
 その他 ()

2. 具合の悪いところを○するしをつけてください

3. その症状が出たのはいつ頃からですか？

(年 月 日から)

4. 原因と思われることはありますか？

()

5. 今回の症状に関して治療を受けたことがありますか？

- いいえ はい → (病院名)

6. 現在治療中、または今までにかかったことのある病気があればお答えください。

- 特になし 高血圧 糖尿病 ぜんそく 胃かいよう 心臓病
 腎臓病 肝臓病 リウマチ 脳梗塞 痛風
 その他 ()

7. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

- いいえ はい → (食べ物) (薬)

8. 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

現在授乳中ですか？ はい いいえ

9. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがあればお答えください。

手術名 (: _____ 年) 手術名 (: _____ 年)

10. 体内に金属はありますか？

- いいえ はい → (部位 : _____)

11. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

- バス広告 ホームページ かかりつけの病院からの紹介 知人からのすすめ
 その他 ()

