

整形外科問診表

令和 年 月 日 _____

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日	電話番号
住所	〒	性別	男 ・ 女	緊急連絡先：ご家族の電話番号

1) どのような症状で来院されましたか？○で囲んで下さい。

- ・痛い ・けがをした ・腫れている
- ・しびれる ・動きが悪い
- ・その他 ()

2) 具合の悪い所に○をつけて下さい。 

3) その症状が出たのはいつ頃からですか？

(年 月 日頃から)

4) 原因と思われることはありますか？○で囲んで下さい。

- ・転倒 ・ひねった ・打った
- ・スポーツ中 ()
- ・特に原因なし ・その他 ()

5) 工作中的のケガですか？ はい ・ いいえ

6) 交通事故のケガですか？ はい ・ いいえ

7) 現在あるいは過去に、この症状に関して治療を受けたことはありますか？○で囲んで下さい。

- ・はい⇒(病院名：) ・ いいえ

8) 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？○で囲んで下さい。

- ・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 ・脳こうそく ・その他 ()

9) 本日、お薬手帳はお持ちですか？○で囲んで下さい。

- ・はい⇒診察室にて医師にお見せ下さい ・ いいえ

※いいえの方で、現在使用しているお薬はありますか？

- ・はい⇒(薬品名：) ・ いいえ

10) 薬のアレルギーはありますか？○で囲んで下さい。

- ・はい⇒(薬品名：) ・ いいえ

11) 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

