

# 整形外科問診表

令和 年 月 日 ID \_\_\_\_\_

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

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。 ➡

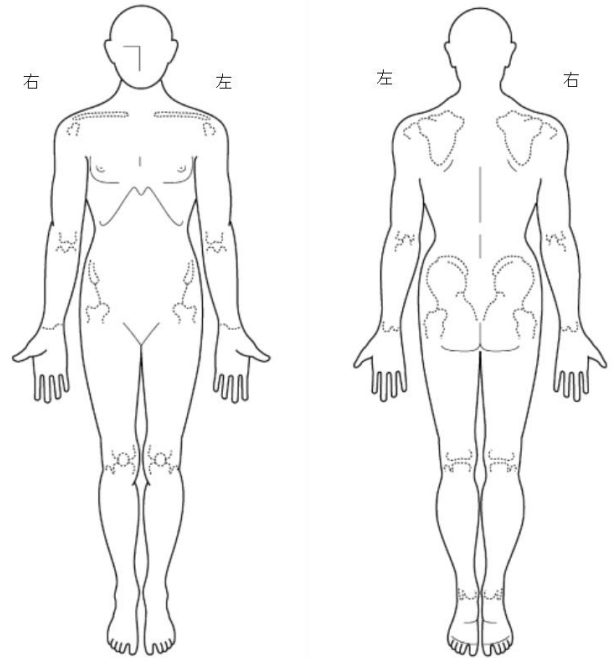
3) その症状が出たのはいつ頃からですか？

( 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 ( )
- ・交通事故
- ・特に原因なし
- ・その他 ( )

・工作中 (※この症状で労災の予定はありますか？ ➡ はい ・ いいえ)



5) 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

6) 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 ( )

7) 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

8) 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

9) 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