

# 整形外科問診票

受診日 年 月 日

紹介状 あり・なし

持参フィルム あり・なし

ふりがな( ) 男  
氏名 \_\_\_\_\_ 女 生年月日 年 月 日

職業 \_\_\_\_\_

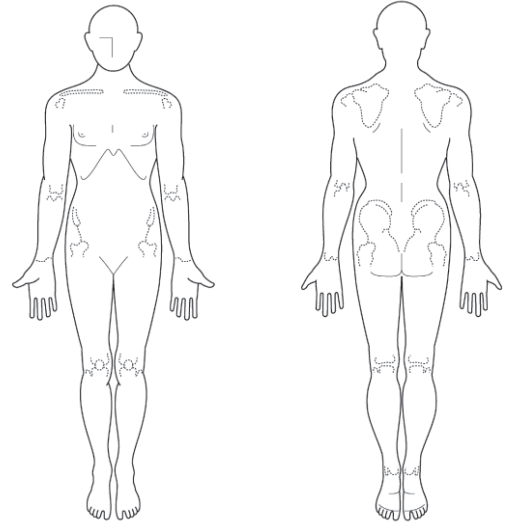
住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

年齢 才 身長 c m 体重 kg

喫煙 あり( 本/日) ・ なし

この診療所をどのようにしてお知りになりましたか？  
どなたかのご紹介( 様)、前を通った・チラシ・電柱広告  
看板・人に聞いた・タウンページ・インターネット・その他



1、いつごろから、どのような症状でお困りですか？

いつごろから( )  
・症状は 痛み・変形・腫れ・しびれ  
その他( )

きっかけ、原因は ありますか？  
交通事故・仕事 中のけが・スポーツ  
その他( )

2、現在あるいは過去に、この症状で治療を受けていますか？

いいえ はい( )

3、現在治療中、又は今までにかかった病気を○で囲んで下さい

高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・胃潰瘍・喘息・肝臓病・腎臓病・痛風・リウマチ  
その他( )

4、現在服用しているお薬はありますか？(お薬手帳があればご提示下さい)

いいえ はい( )

5、過去に怪我や病気で手術または治療を受けたことがありますか？

いいえ はい( )

6、今までに薬や食品・ゴム手袋・金属などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ はい( お薬・食べ物 などの名前→ )

7、女性の方へ

現在妊娠中ですか？ はい いいえ

現在授乳中ですか？ はい いいえ

子母口整形外科