

整形外科 問診票

年 月 日

フリガナ		性別	生年	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
氏名		☐ 男 ☐ 女	月 日	年 月 日 (歳)
住所	〒 -			
電話番号	- -		携帯番号	- -

1) 紹介状 ☐なし ☐あり→整形受付に提出してください。

当てはまる部位に
○で印をつけてください

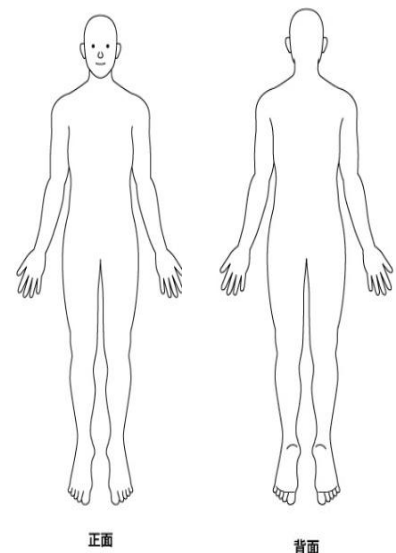
2) 症状のある場所 ()

3) いつからですか？

約 () 日・ () 週間・ () ヲ月・ () 年前から

4) どのような症状ですか？

- ☐痛い ☐しびれる ☐腫れている ☐形がおかしい
☐力が入らない ☐重い ☐つっぱる ☐動きが悪い
☐その他 ()



5) きっかけはありますか？

- ☐転んだ ☐ぶつけた ☐ひねった ☐はさんだ ☐切った
☐仕事中 ☐交通事故 ☐運転中
☐その他 ()

6) 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？

- ☐糖尿病 ☐高血圧 ☐心臓病 ☐喘息 ☐脳梗塞
☐その他 ()

7) 現在飲まれているお薬はありますか？

☐なし ☐あり (薬品名:)

8) アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。

☐なし ☐あり (アレルギー名:)

問診確認
Ns

--

※記入いただいた個人情報、診療以外で使用することはありません。