

整形外科問診表

受診日 平成 年 月 日

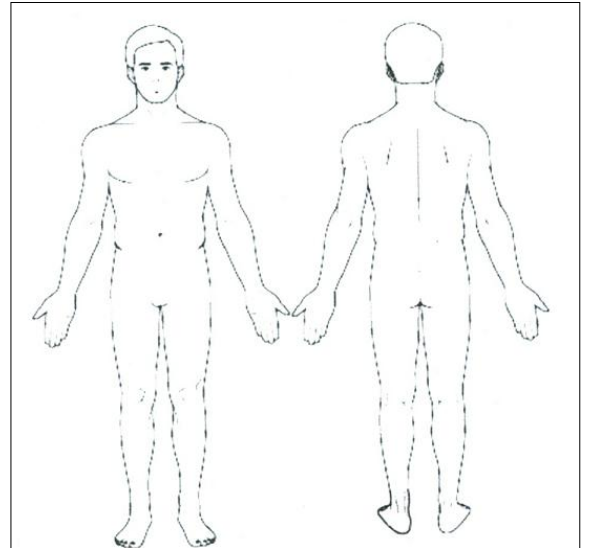
名 前 (フリガナ)	性別	生年月日	身長	体重	職業
	男・女	年 月 日 歳	cm	kg	
住 所：〒		電話番号：() -			

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 動きにくい
 その他 ()

*症状のある部位はどこですか？

- 頸椎 (首) 背部 腰椎 膝 (右・左)
 肩 (右・左) 足首 (右・左) その他→図へ



《症状のある部位に○をつけて下さい》

2. いつごろから症状は出てきましたか？

- ____年 ____月 ____日 から
 ____ (日・月・年) 前から

3. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

- 交通事故 工作中 スポーツ 転倒 特に原因なし その他 ()

4. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください。

() 病院・医院

治療内容： 投薬 注射 物療 その他 ()

検 査： レントゲン MRI その他 ()

5. 現在治療中の病気があればお答えください。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 (狭心症・不整脈など) 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍
 高脂血症 その他 () 治療中の病気はない

6. 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 () : ____年)

7. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答えください。

- ある：薬 () 食べ物 () ない

8. 女性の方へ：妊娠している可能性がありますか？

- はい いいえ

9. こちらのクリニックをどのようにしてお知りになりましたか。

- 広告 看板 かかりつけの病院からの紹介 知人からのすすめ 電話帳を見て
 その他 ()