

整形外科 問診票

ふりがな

お名前

男・女

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日生()

歳

〒

—

ご住所

電話番号

身長

cm

体重

kg

* 症状がある部位を下図に記してください

1. 今日はどうされましたか？(症状に○をつけてください。複数可)

痛み

腫れ

傷

しびれ

しこり

変形

その他

2. それはいつからですか？

年

月

日

3. 原因は何ですか？(○をつけてください。複数可)

原因不明

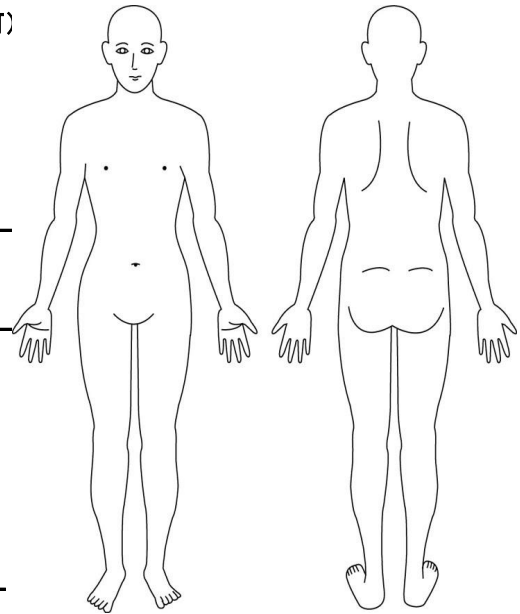
外傷(ひねった・ぶつけた・その他)

交通事故

労災

学校

その他



4. 今日の症状の事で当院以外の医療機関に受診しましたか？

はい(医療機関名:)

いいえ

5. 過去にかかった病気または、現在治療中の病気はありますか？

はい(*お薬手帳を受付にお出してください)

いいえ

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 悪性腫瘍 精神疾患()

脳梗塞 脳出血 肝臓病 腎臓病 その他()

感染症(結核 B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV 他)

6. 今までお薬を飲んで、アレルギーなど副作用が出た経験はありますか？

なし

あり →薬剤名()

7. 女性の方へ・・・現在妊娠またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ

8. 当院を何でお知りになりましたか？【○印を付けてください】

①知人の紹介 * 差し支えなければ紹介者名を教えてください()様

②おもての看板、外掲示板③駅看板 ④他院からの紹介(医療機関名:)

⑤ホームページ(インターネット検索) ⑥電話帳・タウンページ ⑦町会の回覧・名簿など

⑧講演会や勉強会 ⑨パンフレット・その他()