

整形外科問診票

< ID

>

《症状によって、他科のご案内となる場合がございます》

氏名	身長	cm	体重	kg
ご職業	無職・学生・主婦・農業・自営業・会社員(仕事内容)・その他			

1. いつからですか？

_____ 頃から

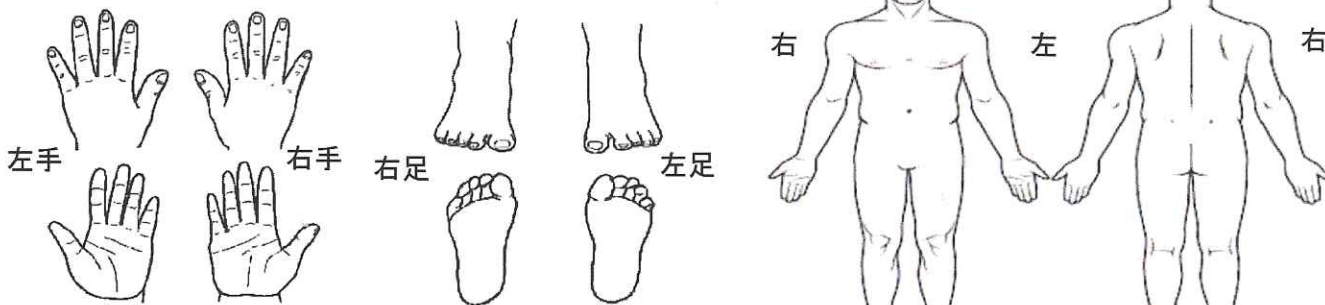
2. 発症原因に心当たりはありますか？

- 交通事故 工作中的のケガ スポーツ ()
 転倒した その他 () 原因不明

3. どのような症状ですか？

- 痛み しびれ 腫れ・しこり 動きにくい 歩行障害 その他 ()

4. 診察箇所はどこですか？症状のある部位を○で囲んでください。



・この症状で、検査や治療を受けていますか。

- いいえ はい ※「はい」の場合は、受けた検査や処方された薬の名前をお書きください。

[_____] ※紹介状をお持ちの方はお出し下さい

5. 現在治療中の病気があればお答えください。

- 喘息 高血圧 心臓病(狭心症・不整脈など) 肝臓病 腎臓病
 糖尿病 胃潰瘍 緑内障 うつ病 脳梗塞 リウマチ
 その他 []

6. 今までに入院や手術をしたことがあればお答えください。

- いいえ はい ()

7. 現在、内服している薬がありますか？

- いいえ はい ※お薬手帳をお出し下さい。

8. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬 : いいえ はい 薬剤名 : _____ 症状 : _____

食べ物 : いいえ はい 食べ物名 : _____ 症状 : _____

9. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性がある

※「はい」又は「可能性がある」を選択された患者様へ
一部の検査・薬剤の処方を、医師の判断により行わない場合がございます。

※「はい」と答えられた方は **現在、何週ですか？** _____ 週 (出産予定日 H 年 月 日)

授乳中ですか？ いいえ はい

10. 介護保険証をお持ちの方に質問します。

サービス利用中ですか [要支援 1 2 有効期限]
 いいえ はい [要介護 1 2 3 4 5 H _____ 年 _____ 月 _____ 日]

- ・現在、施設に入所中ですか いいえ はい (施設名 _____)
 ・現在、デイサービスを利用中ですか いいえ はい (施設名 _____)
 ・現在、デイケアを利用中ですか いいえ はい (施設名 _____)

ご記入いただきましたらお手数ですが、**外来窓口まで**ご提出下さい。内容は診療以外の目的には使用しません。