

整形外科問診票

受診日 年 月 日

お名前

☐男 ☐女

電話番号

職業 (歳)

身長 cm

体重 kg

飲酒 する ・ なし

喫煙 あり (本/日) ・ なし

※ 整形外科に受診は 初めて・久しぶり ですか？ ☐ 紹介状あり

1: 今日どのような症状ですか？ あてはまるものにレ点して下さい。

☐熱感 ☐しびれ ☐腫れ ☐違和感 ☐おおい ☐発赤 ☐あざ ☐動きにくい
☐痛み(動作時・じっとしていても) ☐その他 ()

2: 症状のある部分はどこですか？図の中に○をして下さい。



3: いつからですか？ (月 日から) もしくは (位まえから)

4: それについて思いあたる原因はありますか？

☐ない ☐ある ☐交通事故(自賠責) ☐職場・通勤(労災)
(詳細)

5: 上記症状で、治療を受けたことがありますか？

☐ない ☐ある (病院名 病名)

6: 現在、治療中の病気 または、持病・ケガはありますか？

☐ない ☐ある
☐高血圧 ☐リウマチ ☐心臓病 ☐肝臓病 ☐腎臓病 ☐脳梗塞
☐糖尿病 ☐ぜんそく (その他)

7: 今までに、病気・ケガで手術などしたことはありますか？

☐ない ☐ある (病院名・病名)

8: 現在、内服中の薬はありますか？ ※お薬手帳があれば、問診票と一緒に提出下さい。

☐ない ☐ある (お薬名)

9: お薬のアレルギーはありますか？

☐ない ☐ある (お薬名)

10: 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？ ☐ない ☐ある(妊娠 週目) ☐授乳中

*記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。