

整形外科 問診票

氏名	年齢	職業
	歳	
身長	体重	
cm	kg	

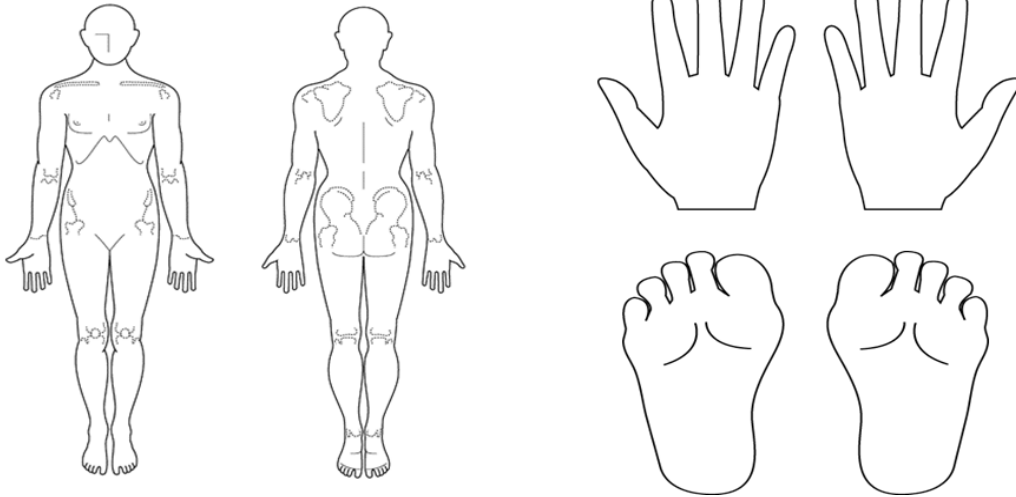
該当するところにチェックや○をつけてください

1) 本日はどのような症状で来院されましたか？

[痛み しびれ ケガ 腫れ しこり やけど]

その他症状あればご記入ください

2) 症状のある部分に○をつけてください



4) 症状はいつ頃からですか？

[今日 日 前 月 前 年 前]

3) 現在、他院にて診察を受けたり、治療中の病気はありますか？

1.いいえ

2.はい [①心疾患 ②肺炎・喘息 ③高血圧 ④糖尿病 ⑤脳梗塞
⑥その他 _____]

9) 現在、服用されているお薬はありますか？

1.いいえ

2.はい [薬 : _____]

10) お薬や食べ物で蕁麻疹などのアレルギーが出たことはありますか？

1.いいえ

2.はい [薬 : _____ 食べ物 : _____]

11) 女性の方へ。現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

1.いいえ

2.はい [月]

3.わからない