

整形外科問診票

受診日 年 月 日

お名前 _____ 様 性別：男・女 年齢（ ）才
身長（ ）cm 体重（ ）kg 職業・デスクワーク・立ち仕事
・力仕事・主婦・学生
・その他（ ）

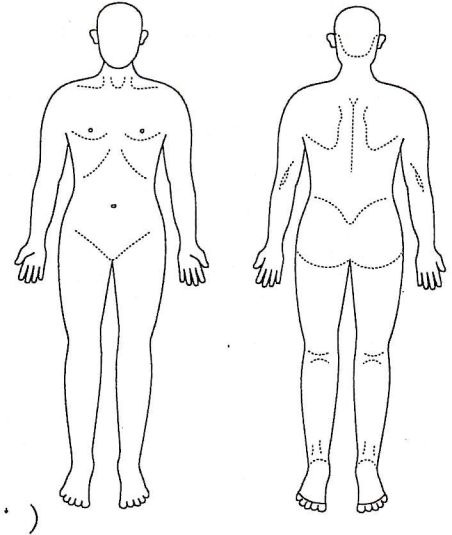
1. 本日はどうされましたか？

・その症状は？

・部位（右図にしるしをつけて下さい）

・いつ頃からですか

・ _____ 時間位前 ・ _____ 日位前



2. その原因は？○をつけて下さい。

・転倒 ・捻挫 ・交通事故 ・重い物を持った時
・転落 ・打撲 ・原因不明 ・その他（ ）

3. その病気・ケガで他の病院を受診されましたか？ ・はい ・いいえ

（受診日： 月 日 ）（病院名 _____ （病院・医院）

4. 過去に入院もしくは手術をされたことがありますか？

・はい（病名： _____ ） ・いいえ
（病院名： _____ ）

5. 今まで薬や食べ物でアレルギー症状（発疹や気分不良等）を起こしたことがありますか？

・はい ・いいえ

「はい」の方…薬・食べ物の名前（ _____ ）

6. 現在、または今まで大きな病気にかかった事がありますか？ ・はい ・いいえ

・先天性疾患（ _____ 才頃） ・リウマチ（ _____ 才頃）
・結核（ _____ 才頃） ・糖尿病（ _____ 才頃）
・高血圧（ _____ 才頃） ・肝炎（ _____ 才頃）
・がん（ _____ 才頃） ・その他（ _____ ）（ _____ 才頃）

7. （女性の方のみ）現在、妊娠されていますか？

・している（ _____ 何か月） ・していない ・わからない

8. 現在、または今まで何かスポーツをしていましたか？ ・はい ・いいえ

スポーツ名： _____ 期間： _____ 才から _____ 才迄