

整形外科問診票

平成 年 月 日

氏名 _____

歳 _____

身長 _____ cm

体重(約) _____ kg

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。また、その部位はどの辺りですか？
下の図に○印をつけてください。

・いつ頃からですか。

[_____]

・症状

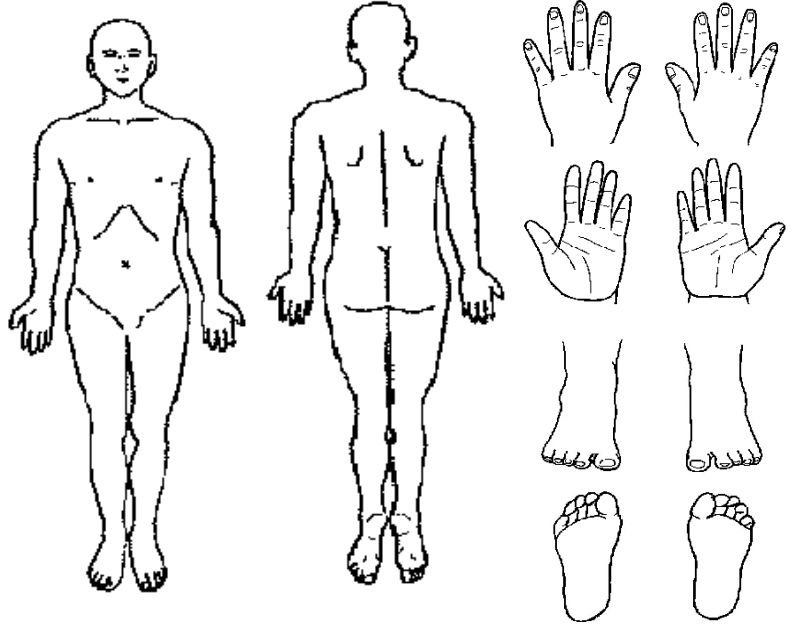
- 1) いたみ 2) しびれ 3) はれ
4) その他

[_____]

・きっかけ、原因はありますか。

- 1) 交通事故 2) 仕事中的けが
3) その他

[_____]



2. 現在あるいは過去に、この症状で治療を受けていますか。

いいえ ・ はい

[_____]

3. 現在、治療中の病気はありますか。

いいえ ・ はい

[_____]

4. 今までに薬や食べ物で、アレルギーを起こしたことがありますか。

いいえ ・ はい

[_____]

5. 今までに歯の治療などで、麻酔の注射をしたときに、具合が悪くなったりしたことがありますか。

いいえ ・ はい

[_____]

6. ご職業 有 [職種 _____] 無 (主婦・学生・定年後・その他)

・重いものを度々持ったりしますか? はい ・ いいえ

・よく歩いたりしますか? はい ・ いいえ

7. 女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中ですか。 はい ・ いいえ

現在、授乳中ですか。 はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。 ご記入が終わりましたら受付にお出してください。