

整形外科問診票

medical questionnaire

受診日： 年 月 日

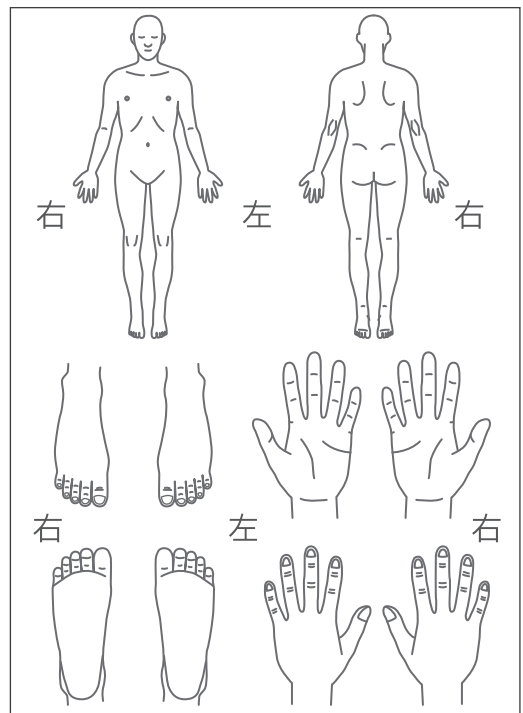
ふりがな () 氏名	性別 男・女	職業	
生年月日 明・大 年 月 日生 昭・平	年齢 歳	身長 cm	体重 kg
住所 〒			
電話番号	携帯電話	メールアドレス	

下記の質問にお答えください

① 紹介状は？ (なし ・ あり：医療機関名)

② 症状について

- ・どこが悪いですか？ 絵に○をつけてください。
- ・いつから
- ・どんな症状ですか？
痛い しびれる 動かしにくい はれている
傷がある その他
- ・症状がでたきっかけは何ですか？
運動で 仕事で 交通事故で 原因不明
その他
- ・今回の症状で他の医療機関で治療していますか？
(はい ・ いいえ)
はいの場合：医療機関名
- ・治療は何ですか？
お薬 注射 リハビリ その他



③ 今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？

(なし ・ あり) ありの場合：

④ 現在治療中の病気がありますか？

- (はい ・ いいえ) はいの場合：
がん 脳出血 脳こうそく 心筋こうそく 狭心症
糖尿病 高血圧 高脂血症 肝炎 腎臓病
結核 その他

⑤ 食物や薬品のアレルギーはありますか？

(なし ・ あり) ありの場合：食品名、薬品名

⑥ 現在飲んでいる薬があれば、お書きください。

⑦ 女性の方へ。 妊娠している可能性は？ (なし ・ あり)

ありがとうございました。 伊藤クリニック スマイルクリニック サニークリニック