

# 整形外科問診票

受診日 年 月 日

お名前 様 年齢 歳  
身長 ( )cm 体重 ( )kg 職業 ( )

● 具合が悪いのはどこですか？右の絵に○を付けて下さい。

右 左

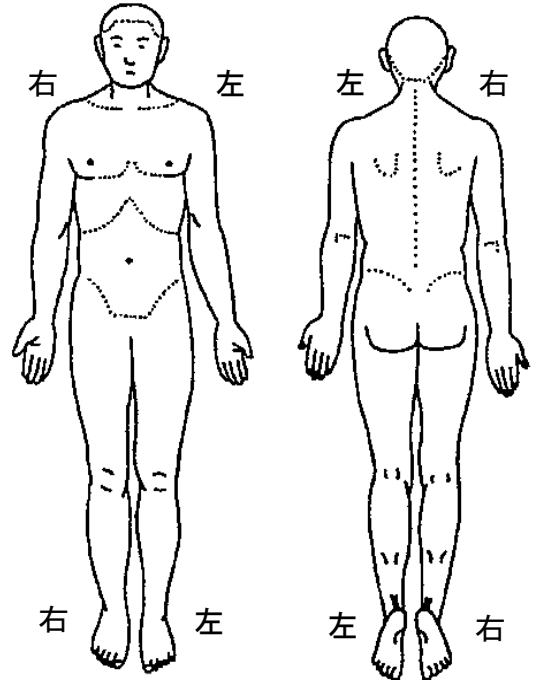
左 右

● 具合が悪くなったのはいつ頃からですか？

( )年( )月( )日頃から  
( )日前から ( )週間前から  
( )か月前から ( )年前から

● どのように具合が悪いのですか？

痛み しびれ 変形  
腫れている 動きが悪い  
その他( )



● 何か思い当たる原因があれば記入して下さい。

● 他の医療機関にかかったことがある場合、何と言われましたか？

● これまでにどのような検査や治療を受けましたか？

● 今までに薬でアレルギーをおこしたり具合が悪くなったことがありますか？

いいえ はい → 抗生物質 局所麻酔  
その他( )

● 今までに大きな病気をしたことがありますか？

いいえ はい → ( )

● 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい → 高血圧 糖尿病 ぜんそく 胃潰瘍  
その他( )

● 現在飲んでいるお薬はありますか？

いいえ はい → 当院 他の病院  
(他の病院の薬は内容がわかる物があれば診察時拝見させてください)

● 女性の方へ

・現在妊娠中ですか？ いいえ はい( )週 わからない  
・閉経後の方 → 閉経年齢 ( )歳

ありがとうございました。この票を窓口にお出しになってお待ちください。