

ID  
氏名

様

## 整形外科用問診票

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名					(いずれかに○)
生年月日	大正・昭和・平成・西暦	年	月	日生	満 歳
住所	〒 -				
自宅電話			携帯電話		
1. 今日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
2. 本日はどこを診て欲しいですか？下の絵に○をつけてください。					
					
2. 上の絵に○をつけた部分の症状は？	痛み しびれ その他( )				
3. いつからですか？	平成 年 月 日頃				
4. 何をしてからですか？	( )				
5. 今回の症状で、他の病院で治療をしていますか？	はい いいえ				
※はいと答えた方:いつですか？	平成 年 月 日頃				
6. 仕事や通勤中の怪我ですか？	はい いいえ				
7. 交通事故ですか？	はい いいえ				
※はいと答えた方:受診時、意識は失いましたか？	はい いいえ				
8. 喘息はありますか？	はい いいえ				
※はいと答えた方:痛み止めを飲んだことがありますか？	はい いいえ				
※飲んだ時、喘息発作がおきましたか？	はい いいえ				
9. 糖尿病はありますか？	はい いいえ				
10. 現在治療中の病気はありますか？	はい いいえ				
※内服している薬はありますか？	( )				
11. 今までに大きな怪我や病気はありますか？	はい いいえ				
12. 手術を受けたことがありますか？	はい いいえ				
※はいと答えた方:いつ頃ですか？	平成 年 月 日頃				
※体内に金属が入っていますか？	はい いいえ				
13. 薬のアレルギーはありますか？	はい いいえ				
14. 妊娠している可能性はありますか？	はい いいえ				
15. その他	( )				

看護師確認