

整形外科用問診票

フリガナ				性別		
氏名						
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					
	(妊娠週数: 週 日)					
15. その他	()					