

# 整形外科問診票

平成 年 月 日

ID \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

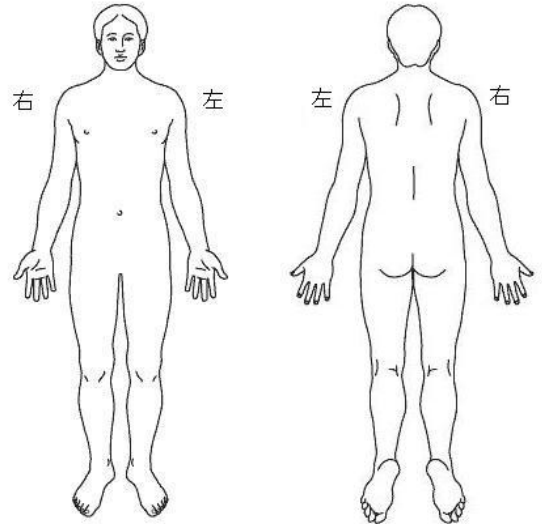
体温 \_\_\_\_\_ 度

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

◆ 本日はどのような症状での受診ですか

- ・いつ頃（ 年 月 日頃から）
- ・どのような症状・経過ですか？



・症状のある部位に○をつけてください

◆ 原因があれば記入してください

- ・勤務中・通勤中の怪我ですか  はい  いいえ
- ・交通事故ですか  はい  いいえ
- ・診断書は必要ですか  はい  いいえ

◆ 上記の事で他の病院にいきましたか  行かない  行った  
(行った方はいつ・どこに・どんな内容だったか記入ください)

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか  
(病名  治療内容  何歳 )

◆ 現在通院中の医療機関はありますか  ない  ある (病院名 )

服用している薬はありますか  ない  ある (薬剤名 )

◆ サプリメントなどの健康食品を飲んでいませんか  
 ない  ある (サプリメントの名前 )

◆ アレルギーがありますか 薬物  ない  ある (薬品名 )  
食物  ない  ある (食物名 )

★女性のみ 妊娠の可能性  なし  ある (現在 月 月)

授乳中ですか  いいえ  はい

◆ 処方はどちらを希望されますか  院内処方  院外処方