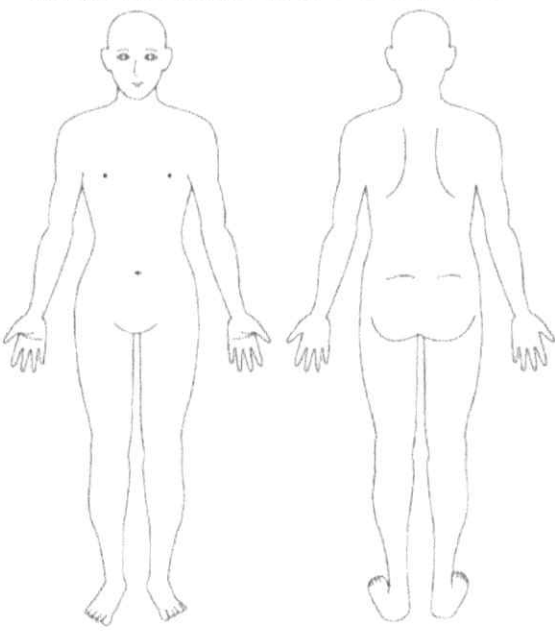


整形外科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日			
氏名			大・昭・平・令	年	月	日

<p>どのような症状ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 何かできている <input type="checkbox"/> つっぱる <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から</p> <p>症状が出たきっかけは何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 落ちた <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 運動中 <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> はさんだ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>今回の症状で他の病院を受診されましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 医院</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()</p>	
<p>喫煙、飲酒について教えてください</p> <p>喫煙：<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日 × 年間))</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 日) 種類・量 ()</p>	
<p>お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()</p>	
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)</p>	
<p>当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	

※ご協力ありがとうございました。