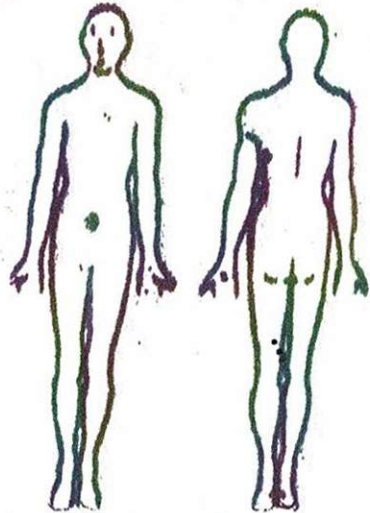


整形外科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日・年齢
氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 歳

どのような症状ですか？ ☐痛い☐しびれる☐動きにくい☐腫れている ☐何かできている☐つっぱる☐傷がある☐捻挫 ☐ぶつけた☐やけど☐その他（ ） 症状はいつからありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年前から 症状が出たきっかけは何ですか？ ☐転倒☐落ちた☐ぶつけた☐ひねった☐運動中 ☐切った☐はさんだ☐交通事故☐仕事中 ☐原因不明☐その他（ ） 今回の症状で他の病院を受診されましたか？ ☐いいえ はい（ ）病院 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？ ☐なし あり（ ） 現在、治療中の病気はありますか？ ☐なし あり（ ） 現在、飲んでいるお薬はありますか？なし あり（ ） 喫煙、飲酒について教えてください 喫煙：☐吸わない☐吸う（ 本/日/× 年間） ☐禁煙した（ 年前から、それまで喫煙（ 本/日× 年間） 飲酒：☐飲まない ☐飲む（週 日） 種類・量（ ） お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ ☐なし☐あり（ ） ※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？ ☐いいえ☐はい（☐妊娠中☐妊娠の可能性あり☐授乳中） 当院をどちらでお知りになりましたか？ ☐インターネット☐看板☐知人☐通りがかり☐その他（ ）	症状のある部位に○をつけてください 
--	--

※ご協力ありがとうございました。