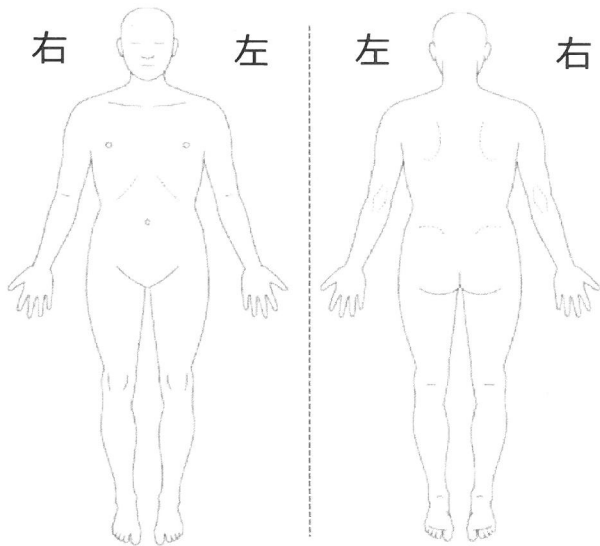


整形外科問診票

受付番号	氏名
------	----

1. 診察を受けたい部位に印をつけて下さい



2. どのような症状ですか？

痛い しびれる 腫れている
その他 ()

3. いつごろから症状がありますか？

4. 症状が出たきっかけは何ですか？

なし 転倒・転落 ひねった スポーツ
仕事(労災) 交通事故 その他 ()

5. どのような時、症状はありますか？

(例：歩くと痛む 起床時しびれる など)

6. 今回の症状で、他の病院にかかりましたか？ (はいの方は、治療内容も○で囲んで下さい)

いいえ ・ はい： 診察のみ お薬 注射 リハビリ その他 ()

7. 現在、治療をしている(定期受診している)病気はありますか？

なし 糖尿病 (HbA1c %) 高血圧 脳こうそく ぜんそく
心臓病 不整脈 狭心症 心筋梗塞 肝臓病 腎臓病
骨粗しょう症 癌(がん) リウマチ 高脂血症 逆流性食道炎 緑内障
その他 ()

8. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし ・ あり ※お薬手帳は、診察時お手元にご用意ください

9. 手術を受けたことがありますか？ ありの方は、いつ・どのような手術か記入して下さい

なし ・ あり ()

10. 体内に下記の機器・金属は入っていますか？アートメイクやいれずみなどはしていますか？

なし ペースメーカー 植え込み式除細動器(ICD) スtent 持続血糖測定器
脳クリップ その他の金属 () アートメイク いれずみ(部位:)

11. 薬・食べ物・金属のアレルギーはありますか？ある場合は、何でどのような症状ですか？

なし 薬 ()
食べ物 ()
金属 ()

12. お酒を飲みますか？ いいえ ・ 時々 ・ 毎日 飲酒歴 () 年

13. タバコを吸いますか？ いいえ ・ 現在禁煙中 ・ はい () 本/日 喫煙歴 () 年

* 女性の方へ 下記の項目に当てはまる場合は、○で囲んで下さい

妊娠中 妊娠の可能性がある 授乳中

記入が終わりましたら、手に持ってお待ちください

