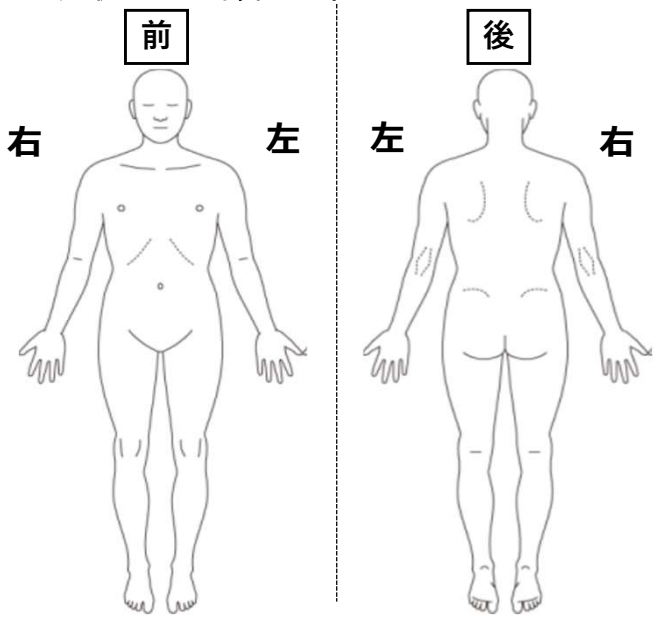
整形外科問診票

受付番号　　氏名

定期受診の方は、８番から記入して下さい。記入が終わりましたら、手に持ってお待ちください

1．どのような症状ですか？　痛い　しびれる　腫れている　動きにくい　つっぱる
傷がある　その他（　　）

2．症状がある部位に印をつけてください



3．身長と体重を教えてください

身長（　　cm）体重（　　kg）

4．いつごろから症状がありますか？

5．症状が出たきっかけは何ですか？
なし　転んだ　落ちた　ひねった
ぶつけた　切った　はさんだ
スポーツ（　　）　仕事中　交通事故
その他（　　）

6．どのような時に、症状はありますか？
常時　歩行時　歩き出し　伸ばした時　曲げた時
立ち上がり　動かした時　荷重時　安静時
起床時　夜間　その他（　　）

7．今回の症状で他の病院を受診しましたか？
いいえ　※はいの方は治療内容を教えてください
はい　：　薬　注射　リハビリ　診察のみ
その他(　　)

8．現在、治療している（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　脳梗塞　脳出血　ぜんそく　肝臓病　腎臓病
心臓病（ 不整脈　狭心症　心筋梗塞　その他：　　）前立腺肥大　リウマチ
骨粗しょう症　高脂血症　逆流性食道炎　緑内障　痛風　がん（　　）
その他（　　）

9．現在、飲んでいるお薬はありますか？　※お薬手帳は、診察時にお手元にご用意ください
なし　あり

10．当院以外で手術を受けたことがありますか？ありの方は、いつ・どのような手術をしたのか記入して下さい
なし　あり　（　　）

11．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していますか？
なし　ペースメーカー　植え込み型除細動器（ICD）　ステント　持続血糖測定器
脳クリップ　人工関節（ 股関節 ・膝関節・ 肩 ）　整形手術金属
その他金属（　　）　アートメイク　いれずみ（部位：　　）

12．薬・食べ物・金属のアレルギーはありますか？ある場合は、どのような症状が出ますか？
なし　薬（　　）食べ物（　　）　金属（　　）

13．お酒を飲みますか？　いいえ
時々　毎日　飲酒歴（　　）年

14．タバコを吸いますか？　いいえ
現在禁煙中　はい（　　本/日・　　年）

15．介護保険申請をしていますか？
していない　している

16．女性の方へ該当する項目に〇をして下さい
妊娠中　妊娠の可能性がある　授乳中