

# 整形外科問診票

年 月 日

ID \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

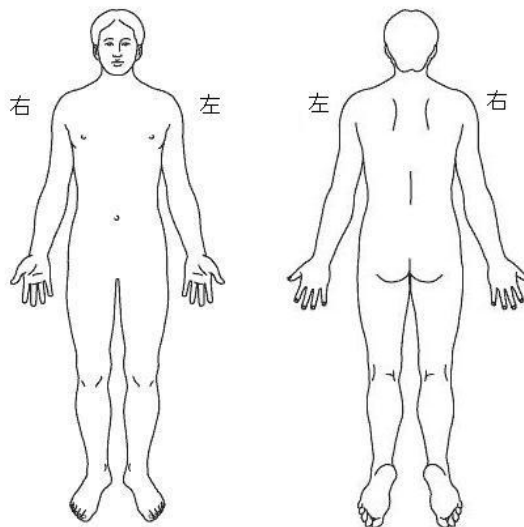
年齢 \_\_\_\_\_

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すが  
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 ヶ月)  
授乳中ですか いいえ はい

- ◆ 処方はこちらを希望されますか 院内処方 院外処方