整形外科問診票

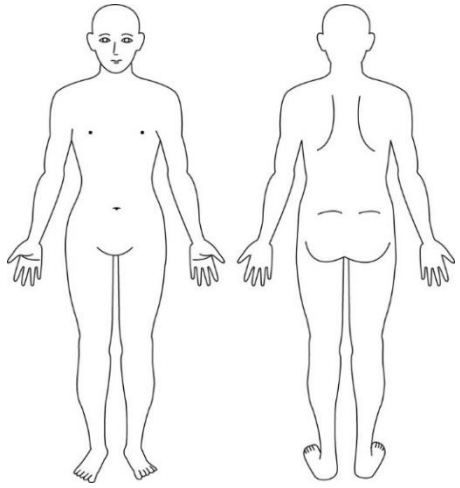
フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
氏　　名			身長　　cm	体重　　kg

住所　〒

電話番号（　　－　　－　　）

携帯番号（　　－　　－　　）

※携帯電話をお持ちの方はなるべくご記入をお願いします。



○どのような症状がありますか？

（　　）

○症状はいつからですか？

（　　）

どこが悪いですか？右の絵に○で印を付けて下さい。

○原因はありますか？

（　　）

○今までに同じようになったことがありますか？

なし　・　あり（　いつ　　何回　　）

○どんなスポーツをしていますか？（していましたか。）

（　　）

○今まで手術を受けたり、大きな病気、けが、入院をしたことがありますか？

なし　・　あり（　　）

○現在治療中の病気はありますか？

□高血圧　□糖尿病　□高脂血症（コレステロール、中性脂肪）　□尿酸が高い　□心臓病　□喘息

□腎臓病　□肝臓病　□癌　□脳出血、脳梗塞　□精神疾患　□骨粗しょう症

その他（　　）　＊ペースメーカー（　有　　無　）

○現在飲んでいるお薬はありますか？　　**＊お薬手帳を持っていれば受付にお申し出ください。**

なし　・　あり（　　）

○薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし　・　あり（　　）

○かかりつけの薬局はありますか？　　なし　・　あり（　　）

○介護保険の認定はありますか？　　なし　・　あり

○女性のみ。　妊娠している可能性は？　　なし　・　あり

授乳中ですか？　　はい　・　いいえ

○当院に対するご希望を選択して下さい。（複数回答可）

□詳しい検査希望　□治療、リハビリに通いたい　□よく効く薬が欲しい　□点滴、注射希望

□必要があれば手術を希望　□トレーニング、スポーツについて相談したい

その他（　　）

○当院をどちらでお知りになりましたか？（複数回答可）

□近所だから　□インターネット　□知人や友人の紹介　□家族が通院中　□広告、看板を見て

□通りがかり　□電話帳　その他（　　）