

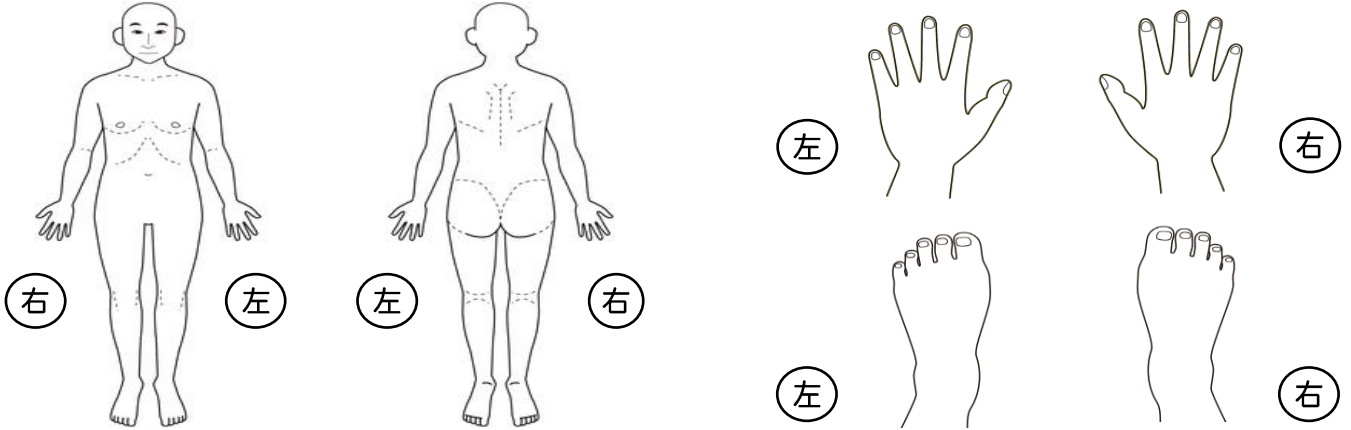
整形外科問診票

2025/3/1 改訂

記載日: 年 月 日

郵便番号: -	電話番号: - -
住所:	携帯電話: - -
	緊急連絡先: - -
	(氏名: 続柄:)
ふりがな:	生年月日: S・H・R 年 月 日
氏名: _____	身長: _____ cm 体重: _____ kg
	年齢: _____ 歳 性別: 男・女

1. 診察してほしい所はどこですか？症状のある部位に○をつけてください。



2. どのような症状がありますか？

- 痛い しびれる 変形している 腫れている 感覚がにぶい こわばる
熱をもっている 動かみにくい 歩きにくい
その他()

3. 症状はいつからですか？

_____ (日・週・月・年)前から 不明

4. 思い当たる原因はありますか？

- なし あり: ぶつけた・はさんだ・ひねった・転んだ・スポーツ・交通事故・労災・その他
()

5. 今回の症状で他の病院/診療所/接骨院などで治療を受けたことがありますか？ 紹介状あり

- なし あり: 施設名()

6. 過去にけがや病気で手術を受けた事があればお答えください

手術名 () 体内金属: なし・あり

7. 現在治療中の病気や服用中の薬はありますか？ お薬手帳があれば受付にご提出下さい

- 高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・その他()
医療機関名() 服用中の薬()

8. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答えください。

- なし あり: 薬・食物()

9. 女性の方へ: 現在、妊娠の可能性はありますか？

- なし あり

10. 40歳以上の方へ: 骨粗しょう症の検査を希望しますか？

- はい いいえ

11. 当院受診のきっかけは？

- ①家族や知人の紹介 ②自宅・職場、学校が近い ③他の医療機関からの紹介 ④当院に受診歴あり
⑤タウン誌を見て ⑥ホームページを見て ⑦インターネットの検索サイト ⑧建物がきれいだから
⑨駅から近いから ⑩専門医がいるので ⑪その他()