

整形外科 問診票

1. お名前 _____ 2. 年齢 _____ 歳

3. 職業または学年 _____ 所属クラブ(運動部) _____

4. 身長 _____ cm 体重 _____ kg 5. 具合の悪い場所に○印をつけてください

6. どのように具合が悪いのか○印をつけてください

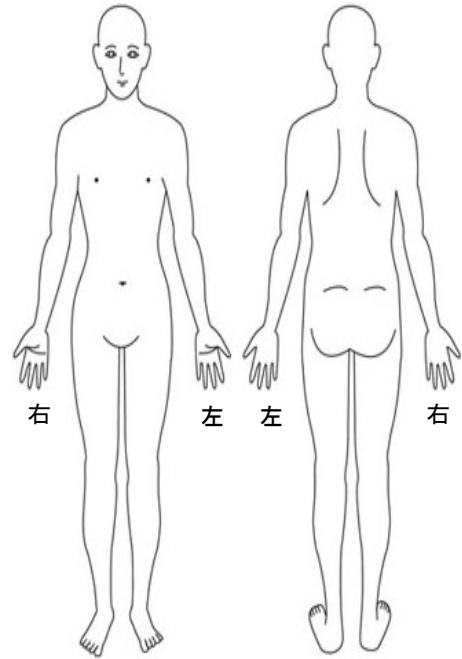
痛い しびれる はれている 変形している
動きが悪い その他 (_____)

7. いつ頃からですか
年 月 日から または 日位前から

8. 今回の症状で他院通院中ですか
いいえ ・ はい (医療機関名: _____)

9. 紹介状はお持ちですか いいえ ・ はい

10. 思い当たる原因やきっかけがある方はご記入ください
スポーツや事故によるけがの方は受傷時の状況をご記入ください



11. タバコを吸いますか いいえ ・ はい (1日 _____ 本) ・ 過去に吸っていた (_____ 年間)

12. 薬のアレルギーや副作用の経験がありますか (消毒薬・麻酔薬も含む)
なし ・ あり (薬品名: _____ 症状: _____)

13. 以下の病気にかかった方、現在かかっている、治療中の方は○印をつけてください
また他に大きな病気や手術したことがある方はご記入ください

- ① 糖尿病 心臓病 高血圧 喘息 結核 肝炎 肝機能障害
- ② 胃・十二指腸潰瘍 腎機能障害
- ③ その他 (_____)

14. 抗凝固薬(血液をサラサラにする薬)を内服していますか
いいえ ・ はい (薬品名: _____ 疾患名: _____)

15. 女性の方にお伺いします
現在、妊娠または妊娠している可能性がありますか いいえ ・ はい ・ わからない