

問診票（整形外科）

フリガナ

お名前

生年月日

明・大・昭・平・令

年 月 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg

記入日 年 月 日

あてはまるところに記入または☑をつけてください。

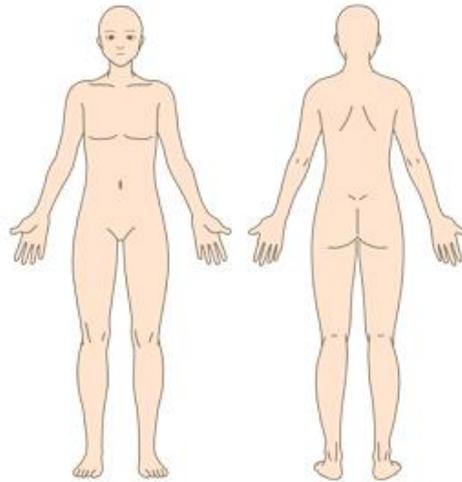
症状のある部分に○をつけてください

●どのような症状ですか？（複数あればすべて☑）

痛い しびれる 動きにくい 腫れている

何かできている

その他（ _____ ）



●症状はいつ頃からありますか？

約（ _____ ）日・週間・年前から

●症状が出たきっかけは何ですか？

転倒 ぶつけた ひねった

運動中 はさんだ 原因不明

工作中 交通事故

その他（ _____ ）

●今回の症状で他の病院を受診されましたか？

いいえ はい（病院名 _____ ）

●現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

高血圧 糖尿病 心筋梗塞・狭心症 不整脈 脳出血・脳梗塞

がん（部位： _____ ） その他（ _____ ）

●現在服用している薬はありますか？

なし あり（薬品名： _____ ）

※本日、お薬手帳はお持ちですか？ はい いいえ

●薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

なし あり（食べ物名・薬品名： _____ ）

●今までに入院したことや手術を受けたことはありますか？

なし あり（病名： _____ 病院名： _____ ）

●女性の方のみ

・現在妊娠中ですか？ いいえ 可能性がある はい（妊娠 _____ 週）

・現在授乳中ですか？ いいえ はい

●明細書の発行を希望されますか？

する しない



一般財団法人 関東厚生福祉会

朝霞厚生病院