

# 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

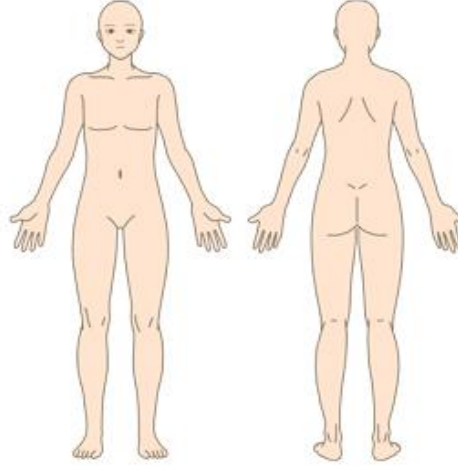
## ●症状が出たきっかけは何ですか？

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

朝霞厚生病院