

ID: \_\_\_\_\_

**整形外科 問診票**

南砂町リウマチ科整形外科

ふりがな( \_\_\_\_\_ ) 記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 歳 ( 男・女 )

住所: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 携帯電話: \_\_\_\_\_

**1.どのような症状で来院されましたか？**

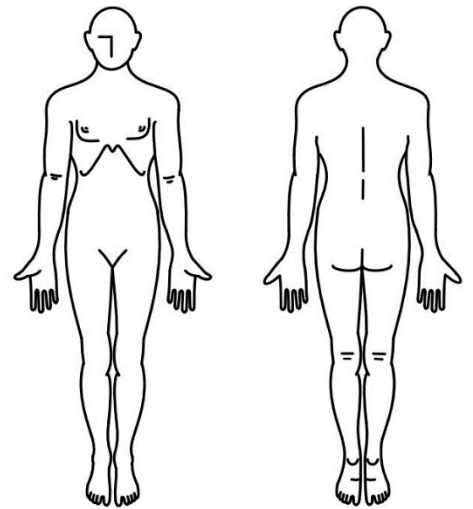
【いつから】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

【部位】 右図に○を付けて下さい。

【症状】 痛い・しびれる・腫れ・動きにくい  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

【原因】 工作中・スポーツ・交通事故・転倒  
転落・特に原因と思うことなし  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

症状がある所に○をして下さい



**2.どのような治療を希望されますか？**

診察・薬・検査・注射・診断書  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

**3.それらの症状に対して治療したことはありますか？**

いいえ・はい ⇒ 病院名・施設名  
( \_\_\_\_\_ )

検査 → ( レントゲン・CT・MRI・血液検査・その他: \_\_\_\_\_ )

治療 → ( 手術・内服薬・外用薬・注射・リハビリ・その他: \_\_\_\_\_ )

※手術を受けられた方へ ⇒ 病名 ( \_\_\_\_\_ )

手術名( \_\_\_\_\_ )いつ頃( \_\_\_\_\_ )

**4.いままでにかかった病気を教えてください。**

高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・腎臓病・喘息・肺疾患・消化器官・がん  
その他( \_\_\_\_\_ )

本日、お薬の情報はお持ちですか？( お薬手帳など )( はい・いいえ )

**5.以下の質問にお答えください。**

・現在の仕事について → 力仕事・車に良く乗る・立ち仕事・座り仕事・学生・主婦  
その他( \_\_\_\_\_ )

・アルコールを飲みますか？ → 毎日( 合 ) 時々飲む ( 日/週、 合 ) やめた・飲まない

・タバコをすいますか？ → いいえ・はい ( 本/日 約 年 ) ・やめた ( 年前 )

**6.食物や薬品のアレルギーはありますか？**

→ ない・ある ( 食品: \_\_\_\_\_ 薬品: \_\_\_\_\_ )

**7.女性の方へ**

・妊娠している可能性はありますか？ ・月経について  
ない・わからない・ある ( ヵ月 ) 順調・不順・閉経した・初潮前

**8.当院をお知りになったきっかけを教えてください。**

・近所に在住・他の医療機関からの紹介・知人の紹介・ホームページやインターネット検索  
・その他( \_\_\_\_\_ )

ID: \_\_\_\_\_

外来患者様へ

## 感染症対策へのご協力をお願い

新型コロナウイルス感染者が増えてきており、  
なお一層の健康管理が必要とされております。  
感染症にかかっていたり、かかっていることを知らずに受診されることにより、  
他の患者様も感染してしまう恐れがあります。  
皆様がより安全に受診いただけるよう、ご協力をお願いいたします。

- ①咳やくしゃみなどが出る。 はい / いいえ
- ②だるさ(倦怠感)、頭痛がある。 はい / いいえ
- ③最近(1-2週間)発熱した。 はい / いいえ
- ④現在、風邪薬を服用している はい / いいえ
- ⑤現在、解熱鎮痛剤を服用している。 はい / いいえ

体温は受付で測定します。

体温 \_\_\_\_\_ °C

ご協力ありがとうございました。