

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？

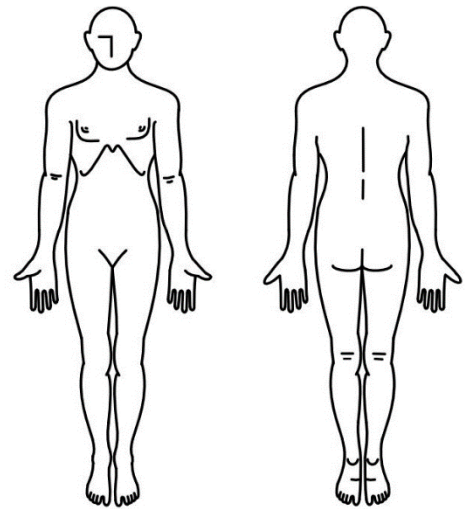
【いつから】 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

【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(_____)