

No \_\_\_\_\_

# 整形外科 問診票

 南砂町リウマチ科整形外科

記入日： 年 月 日

ふりがな ( \_\_\_\_\_ )

氏名： \_\_\_\_\_ ( ) 歳 (男・女)

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

身長            c m      体重            k g

携帯電話： \_\_\_\_\_

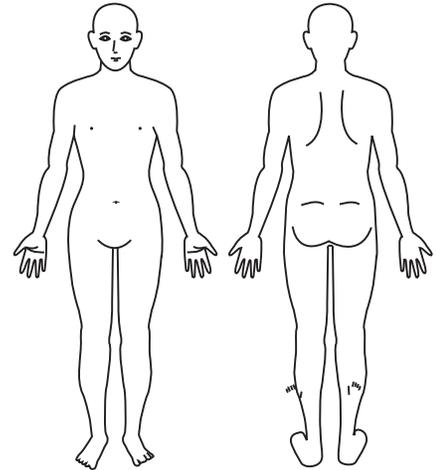
## 1. どのような症状で来院されましたか？

【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 ( )



## 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・消化器疾患・がん  
その他 ( )

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下さい。

・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  
・タバコを吸いますか？ → 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 ( ヶ月)      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 ( )