

# 整形外科問診票

受診日 年 月 日  
住所・電話番号の変更のない方は、※フリガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

フリガナ			生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	歳
氏 名		男・女				
住 所	〒 -			携帯番号	-	-
				TEL	-	-

下記のご質問にお答え下さい。

《重要》薬や食べ物でアレルギーはありますか？

ある 薬( ) ・ 食べ物( )  
なし

※女性の方のみお答え下さい。

妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい

授乳中ですか？

いいえ はい

1. どのような症状で来院されましたか？

痛み しびれる 腫れ 動きにくい  
その他( )

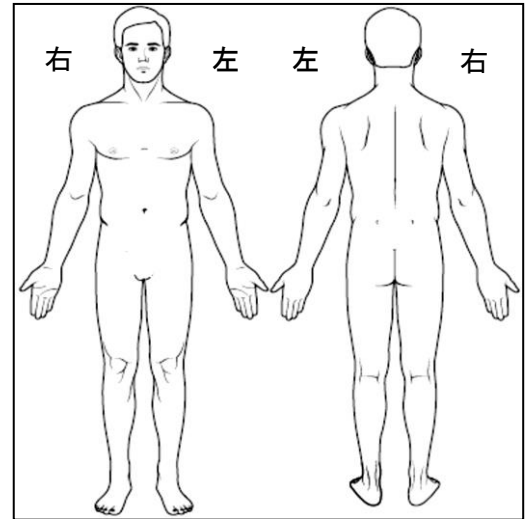
2. いつ頃から症状は出てきましたか？

\_\_\_\_\_から

3. 症状のある部位を右の図で示して下さい。

また、症状のある部位をご記入ください。

右・左 の \_\_\_\_\_



4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

交通事故(受傷日: / ) 工作中 スポーツ  
転倒 その他( ) 特に原因なし

※第三者行為(殴打刺傷などの第三者による行為)ではないでしょうか

第三者行為による症状の場合チェックしてください。

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

病院 医院 接骨院 マッサージ院  
治療内容: 投薬 注射 物理療法  
検 査: レントゲン MRI  
紹介状あり 画像あり 受診していない

高校生以下の受診には保護者同伴が必須となり、診察終了までご同席ください。ご不在の場合、医師の判断にて診療を中止いたします。

6. 現在治療中の病気があればお答え下さい。

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍 その他( )  
治療中の病気はない

7. 過去にけがや病気で治療や手術を受けた事がありますか？

ある 病名・手術名( ) 手術年月: ( ) 特になし  
病名・手術名( ) 手術年月: ( )

8. 現在、内服している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中のお薬( )

10. (当院が初めての方にお聞きします)当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット 5) チラシ広告 6) 看板 7) その他( )

外出を希望される方は、受付にてお手続きをお願い致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで  
お時間までに戻られず、お呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。