

整形外科問診票

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	歳	
氏名		男・女						
住所	〒 当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。						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()

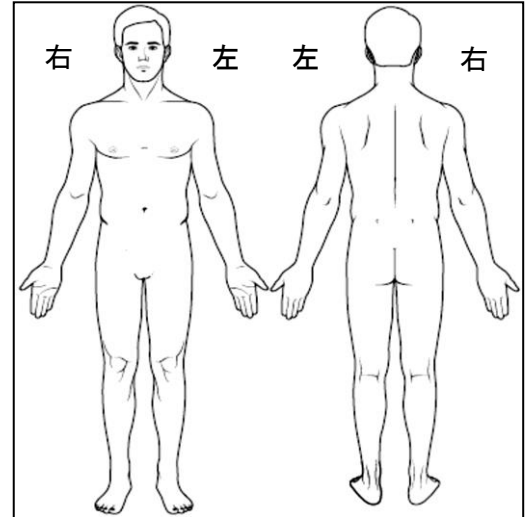
2. いつ頃から症状は出てきましたか？

_____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

※交通事故の場合、書類作成の為、一度は必ず平日の常勤医師の診察を受診していただく必要があります。

※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()

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。