

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()

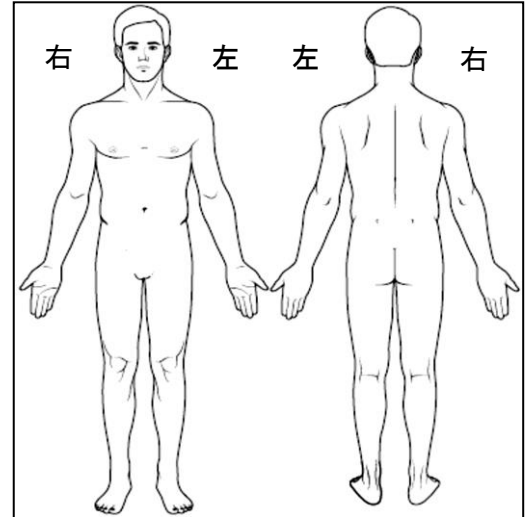
2. いつ頃から症状は出てきましたか？

_____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: /) 仕事中 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()

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。