

## 整形外科問診表

診断、治療の基礎となりますので、なるべくくわしく、正確に記入して下さい。

ふりがな

氏名

生年月日

明  
大  
昭  
平

年

月

日

才

住所

職業

電話

身長

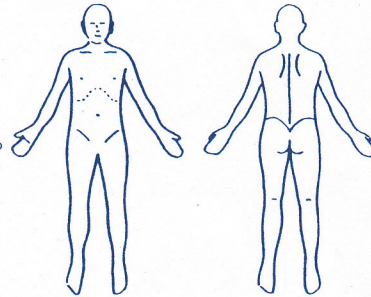
cm

体重

kg

1. 本日受診される症状は、どのようなものですか。  
(原因など具体的に。)

症状のあるところに印をつけて下さい。



2. 交通事故、仕事中のけが(労災)、又は、学校でのけがですか。

(イ) はい (ロ) いいえ

3. いつ頃から気づきましたか。

( 年 月 日ごろ)

4. 今日受診される症状について、これまでに他の医(病)院で治療を受けられましたか。

(イ) はい

医(病)院名

告げられた病名

手術をすすめられましたか。

(はい)

(いいえ)

(ロ) いいえ

**\*介護認定を受けていますか****はい****いいえ**

5. 現在、他に治療中の病気がありますか。

(イ) はい

(ロ) いいえ

病名

6. 過去に手術を受けたことがありますか。

(イ) はい

(ロ) いいえ

病名

( ) 年前

7. のみ薬、注射等で、発疹又は気分が悪くなったことがありますか。

(イ) はい (内容)

(ロ) いいえ

8. 現在服用中の薬がありますか。

(イ) はい (内容)

(ロ) いいえ

9. ぜんそく(アスピリンぜんそく)はありますか。 (イ) はい (ロ) いいえ

10. 現在、妊娠の可能性はありますか。 (イ) はい (ロ) いいえ