

No. _____

整形外科問診票

来院日: _____ 月 _____ 日

氏名 _____

ご職業/学年など _____

/体重(小児) _____

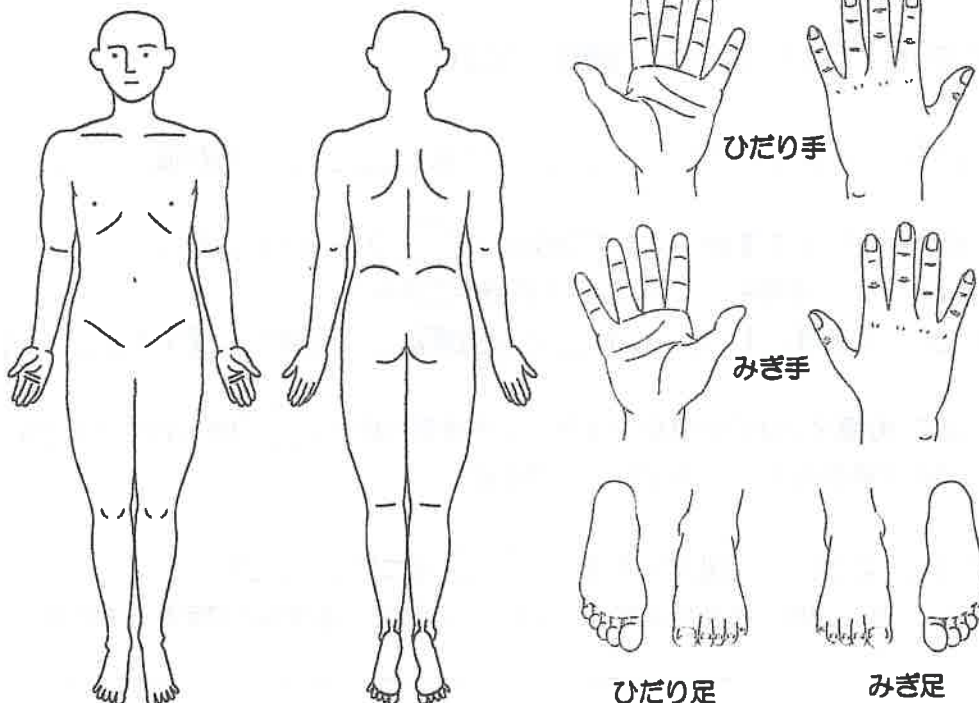
kg

※ご職業欄は、農業・力仕事・立ち仕事・主婦など具体的に書いてください

事故での受傷の方は、交通事故用の問診表がありますので受付でお声がけください

1. 症状についてお聞きします

①下の図を見て、本日診察を希望される部位に ☐ をつけてください



②以下、該当するものに ☐ をつけてください

◎どのような症状ですか？

- ・痛い ・しびれる ・動かしにくい ・腫れ ・傷ができた ・出血など皮膚の症状 ・しこりなど
・その他上記以外の症状(_____)

◎その症状はいつからありますか？

- ・今日 ・昨日から ・ _____ 日前から ・ _____ 週間前から ・ _____ カ月前から ・ _____ 年前から

◎その症状が出たきっかけはありますか？※例) 転んだ/ひねった/重い物を持ったなど具体的に書いてください

- ・ある⇒(_____)
・特にきっかけはない ・わからない

◎どのような姿勢や動作で症状は強くなりますか？※例) 常に痛い/中腰/起き上がる時/夜も眠れないなど

(_____)

⇒⇒⇒裏面へ続きます

2. 現在治療中、または今までかかったことがある病気や怪我・手術歴などがありますか？

・特になし

※「ある」の方は病名や怪我・過去の手術歴などの詳細をお書きください※

・あり⇒()

3. 現在服用しているお薬はありますか？※お薬手帳を受付で渡してください※ お薬手帳なしは✓⇒ ☐

・なし

・あり⇒(お薬名:)

4. アレルギーはありますか？あれば下記へお書きください

・なし

・あり⇒(アルコール / 花粉 / くすり: / 食べ物: / その他:)

5. 介護保険の認定を受けていますか？該当するものに ☐ をつけてください

・申請したことはない ・申請中 ・介護区分変更手続き中

・あり⇒【 要支援1 / 要支援2 】 【 要介護1 / 要介護2 / 要介護3 / 要介護4 / 要介護5 】

6. (女性の方) 現在、妊娠中および授乳中ですか？該当するものに ☐ をつけてください

・妊娠中 ・妊娠の可能性あり ・授乳中 ・該当なし

7. 本日希望されることについて、該当するものに ☐ をつけてください

・レントゲン ・MRI ・薬 ・注射 ・骨密度測定 ・リハビリ ・診断書 ・健診などで受診をすすめられた

・その他()

8. その他、医師に伝えておきたいことや相談したいこと等があれば、ご記入ください

【 】

個人情報保護法に基づき、ご提供いただいた情報は診療・健康管理の目的以外に使用することはありません

久保田整形外科クリニック