

整形外科 問診票

フリガナ 名前		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳
住所	〒				
連絡先	ご自宅	—	—	携帯	— —

◆下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

当院をどのようにして お知りになりましたか？	近所に住んでいるため・チラシ、広告などで知った・通りがかりで知った ネット検索（ホームページ、Googleなど）・ご友人やご家族からの紹介（ ） 他院様からの紹介・YouTube 広告で知った ・ その他（ ）
症状のある部位はどこですか？	(右 ・ 左)
どのような症状ですか？	
いつ頃からありますか？	
症状が出た場所はどこですか？	ご自宅 ・ 学校 ・ 職場 ・ 通勤途中 ・ その他（ ）
原因はありますか？	転倒 ・ 転落 ・ ぶつけた ・ ひねった ・ 切った ・ 挟んだ 交通事故 ・ 不明 ・ その他（ ）
治療中の病気はありますか？	ない ・ ある
* あると答えた方は 詳細を教えてください	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 気管支喘息 ・ 白内障 骨粗鬆症（注射・服薬） ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ その他（ ）
過去にかかった病気や怪我はありますか？	ない ・ ある（ ）
服用しているお薬はありますか？	ない ・ ある（ ）
薬や食べ物のアレルギーはありますか？	ない ・ ある（ ）
妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）	いいえ ・ わからない ・ 可能性あり ・ はい（ 週目） ・ 授乳中
体重は何kgですか？（16歳未満のみ）	（ kg） * 薬量の調整等で必要な場合があります
診察の希望について 教えてください	薬が欲しい ・ リハビリがしたい ・ 診断書が欲しい その他（ ）