

# 診察申込・問診表(整形外科)

記入年月日 平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	明 大 平	年 月 日生 才
氏名					
住所	〒 -				
電話	( ) -	携帯(連絡先)	( ) -		

※ 事故・労災(仕事中のけが)の方は、受付までお申し出下さい。

下記の項目について今後の重要な診察の参考となりますので、必ずご記入ください。

・いつから	月 日 午前・午後 時ごろ
・どのように受傷しましたか？	
・部位(痛いところ) 当てはまるところに、○印を入れてください	右・左 (首・肩・腕・肘・手首・手・背中・胸 腰・股・太もも・膝・ふくらはぎ・足首・足)
・現在痛みは、ありますか？	はい いいえ
・他の症状 当てはまるところに、○印を入れてください	腫れ・赤み・熱感・内出血・しびれ・だるさ
・どんな時に症状がありますか？	

2. 今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか。

いいえ ・ はい ( )才頃 病名 ( )  
約 ( )年前 手術名 ( )

3. 輸血を受けたことがありますか。

いいえ ・ はい

4. 現在治療を受けていますか。(あてはまれば、○をつけて下さい。)

心臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 腎臓病 その他( )

5. 現在飲まれている薬があればご記入ください。(お薬手帳をお持ちでしたら提示下さい。)

( )

6. 現在サプリメント・健康食品を利用されてましたらご記入ください。

( )

7. アレルギー体質と言われたことがありますか。

いいえ ・ はい

8. 薬や食べ物でじんましんが出たことがありますか。

いいえ ・ はい 薬の種類 ( )  
食べ物の種類 ( )

9. 植込み型心臓ペースメーカーを装着していますか。

いいえ ・ はい

10. 女性の方への質問

現在妊娠していますか。

現在授乳中ですか。

いいえ ・ はい

いいえ ・ はい

《記入者》 本人 ・ 代筆者名 ( )