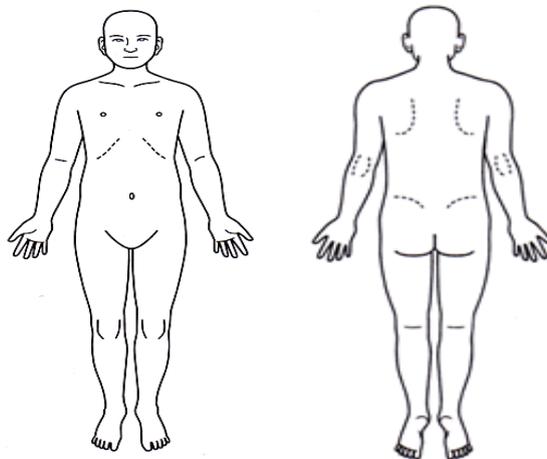


整形外科 問診票

記入日： 年 月 日

氏名				才	男・女	職業
身長	cm	体重	kg			

- ① 今日はどうされましたか
いつからどのような症状(状態)ですか



どのようなきっかけで起こりましたか
転倒 交通事故 労災事故 不明
その他()

この症状で他の医療機関を受診されましたか (はい・いいえ)
紹介状はお持ちですか (はい・いいえ)
病名は何と言われましたか ()

- ② 現在治療中または今までにかかった病気はありますか (はい・いいえ)
高血圧 心臓病 糖尿病 高脂血症 腎臓病 脳血管疾患 喘息
肝臓病 胃・十二指腸潰瘍 腸疾患 前立腺肥大 婦人科疾患
その他()

何かお薬を飲まれていますか (はい・いいえ)
お薬名() ※お薬手帳をお出してください

- ③ 手術を受けたことがありますか (はい・いいえ)
_____歳の時 どんな手術ですか()

- ④ アレルギーはありますか (はい・いいえ)
薬品() 食物()
その他(金属製品・ラテックスなど)

- ⑤ 女性の方
妊娠の可能性はありますか (はい 週目・いいえ・わからない)
授乳中ですか (はい・いいえ)