整形外科問診票

	申し込み年月日:	年	月	
<u>氏名</u>	年齢	<u>歳</u>		
次の項目を読み、該当する□に✔印をつけてください	, \ _o			
 ◆本日、発熱やかぜ症状はありますか。 □ ない ◆身長(cm) ●体重(●学生 □ 小学生 □ 中学生 □ 高校生 □ 大 ●利き手(右 ・ 左) ●同伴者のいらっしゃる方は続柄をご記入ください ●どのような症状ですか。 (例) 右肩が痛い 	kg) ●職業 (学生 □ 専門学校生	(年生))
痛みのある方のみ、該当する口に✔印をつけてくだる ●じっとしている時も痛みがありますか。口 ない ●痛みで眠れないことがありますか。 ロ ない	ロ ある			右
●症状のでているところはどこですか。右の図に○をつけてください。	Town	Town I	The state of the s	low
●発症(受傷)日はいつですか。□(年 月 日)□()週間前 □()ヵ月前 □()年前			
●原因はありますか。 □ わからない □ スポーツ中 □ その他(□ 仕事中・通勤中のけが □ 学校内・通学中) (man)			
□ 交通事故(事故日 年 月 日)●経過を簡単に教えてください。		J	· ·	
●上記のことで治療を受けたことはありますか。□ ない □ ある(施設名●本日の受診目的を教えてください。)

●これまでに診断	断を受けたことか	が ありますか。			
·· · · -	□ 脳血管疾患 □ 脂質異常症		□ 気管支喘息 □ その他(□ 糖尿病)
●現在飲んでいる ※マイナ保険 □ ない □ ある(薬剤	証による情報取得	_	<u>は、直近 1 ヶ月以内</u>)	りの処方薬を除き省	略可能です。
●手術を受けたる	ことがありますか	、 ロない	口 当院で受けた	口 他院で受けが	Ē
●お薬によって体 □ ない □ ある ※後	本調が悪くなった		すか。		
●アレルギーを□ ない□ ある	おこしたことがあ	らりますか。(例	削:食品・金属・糸	⊭創膏・ラテック∑	ス・消毒薬)
女性の方のみ、ま ●妊娠の可能 ●授乳中です	性がありますか。	ロ ない ロ いいえ			
●本日、診療に関 □ 診療情報提 □ その他(ンや MRI などの画	☑像 □ のんでい	るお薬やお薬手帳
●何かスポーツを スポーツ名(所属チームま) ポジション/ 競技レベル(たは学校名(種目(クラブ ロ プロ)))	
●この 1 ヶ月間 [・]	で海外渡航歴はな	ありますか。	ロない・ロ	ある()
●介護保険の認気	定は受けています	か。 ロ 受け	ていない ロ 受け	けている(要介護	· 要支援)
	正による情報取得に		に限る)を受診さ 合は、記載省略可能		

ご記入を終えられましたら、受付までお持ちください。