

整形外科問診票

申し込み年月日： 年 月 日

氏名 _____

年齢 _____ 歳

次の項目を読み、該当する口に✓印をつけてください。

- 本日、発熱やかぜ症状はありますか。 ない ある
- 身長 (_____ cm) ●体重 (_____ kg) ●職業 (_____)
- 学生 小学生 中学生 高校生 大学生 専門学校生 (_____ 年生)
- 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

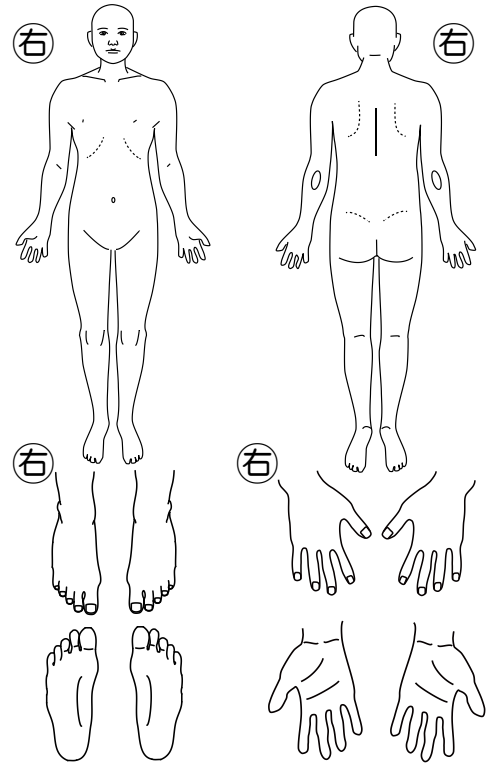
痛みのある方のみ、該当する口に✓印をつけてください。

- じっとしている時も痛みがありますか。 ない ある
- 痛みで眠れないことがありますか。 ない ある

- 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。

- 発症(受傷)日はいつですか。
 (_____ 年 月 日)
 (_____) 週間前 (_____) カ月前 (_____) 年前

- 原因はありますか。
 わからない スポーツ中
 その他 (_____)
 工作中・通勤中のけが 学校内・通学中のけが
 交通事故(事故日 _____ 年 月 日)



- 経過を簡単に教えてください。

- 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。

裏面もご記入ください。

