

整形外科外来問診表

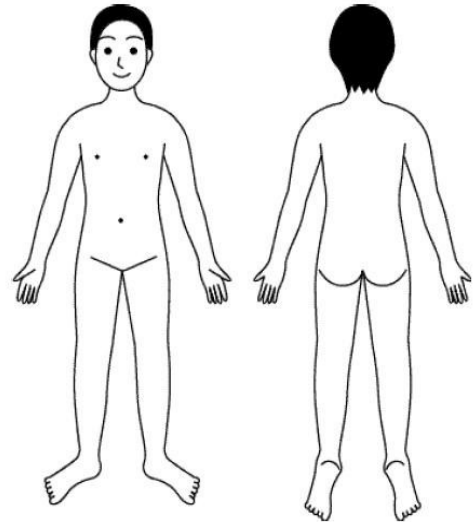
受診日 平成 年 月 日

氏名： (歳) 男
女 身長 cm 体重 kg

1. いつ頃からどのような症状がありますか

症状のある部位に○をつけて下さい

- 年 月 日
- ____ (日・月・年) 前から
- 痛い しびれる 腫れ 動きにくい
- その他 ()



2. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか

- 交通事故 仕事中 スポーツ 転倒
- その他 () 特に原因と思うことなし

3. 今までに、かかった病気や治療しているものがあればおしえてください

- 1. なし 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. 心臓病(狭心症・不整脈など) 5. 脳梗塞 6. 胃潰瘍
- 7. 喘息 8. リウマチ 9. その他 ()

4. 現在飲んでいる薬はありますか

- 1. なし 2. あり 薬品名 ()

5. 食物や薬品のアレルギーがありますか

- 1. なし 2. あり 食品・薬品名 ()

6. 女性の方へ

- 妊娠している可能性がありますか 1. 妊娠中 2. 可能性あり 3. 可能性なし

7. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください

- 診断名 ()