

整形外科問診票

NSサイン

(ふりがな)

性別：男 ・ 女 年齢 () 歳

お名前

身長 () cm 体重 () kg

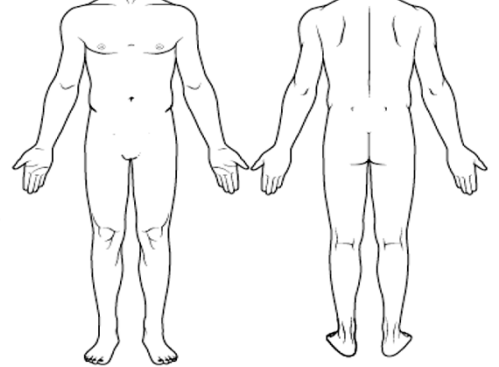
※ 以下の該当する項目に☑を入れて下さい

年 月 日

、 紹介状はお持ちですか はい (当院 ・ 他院)

いいえ

右 左 左 右



、 診て欲しいところはどこですか
右の絵にしるしをつけてください →

、 どうされましたか

動作時に痛みがある じっとしていても痛みがある

しびれがある はれている できものがある

熱感がある その他 ()

、 その症状はいつからですか

月 日 頃から

、 考えられる原因はありますか ない ある

*あると答えられた方は、原因を詳しくご記入ください

[]

工作中的の負傷 (労災 ・ 公災)

交通事故

、 職業 () 仕事の内容 ()

、 スポーツ歴 () を () 年

、 現在、治療中の病気がありますか

ない

ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病

その他 ()

、 普段飲んでいる薬はありますか

ない

ある → 心臓の薬 血をかたまりにくくする薬

その他 ()

10、 今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか

ない

ある ()

11、 薬・注射 などでアレルギー症状が出たことがありますか

ない

ある ・ 薬 (注射) () ・ どんな症状 ()

12、 アレルギー体質といわれたことがありますか

ない

ある ()

13、 介護保険の申請をして認定を受けていますか

いいえ はい → 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 (1・2) 申請中

※ 女性の方のみご記入ください

・ 現在妊娠中ですか はい いいえ

・ 現在授乳中ですか はい いいえ