

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

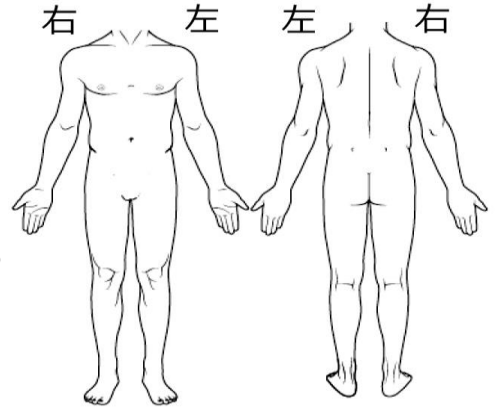
※ 以下の該当する項目に☑を入れて下さい

年 月 日

- , 紹介状はお持ちですか はい (当院 ・ 他院) いいえ

, 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 ()

※ 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