

整形外科 問診票

氏名		体重	kg
----	--	----	----

1. いつからお困りですか () 頃から	2. 発症原因に心当たりはありますか <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 工作中的怪我 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 転倒した <input type="checkbox"/> ぶつかった <input type="checkbox"/> ひねった
3. どのような症状ですか <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> その他 (
4. 症状のある部位はどこですか 図の中に○をつけてください	
<input type="checkbox"/> 症状の引き続き治療 <input type="checkbox"/> お薬が無くなった <input type="checkbox"/> 証明書・診断書等の希望	

この症状で、治療を受けたことはありますか いいえ はい (内容:)

現在内服している薬はありますか いいえ はい (お薬手帳: あり なし)
 内服している薬 ()

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 前立腺肥大
 痛風 緑内障 その他 ()

薬や食べ物のアレルギーはありますか

薬	: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	薬剤名:	症状:
食べ物	: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	食べ物名:	症状:

女性の方のみお答えください

※妊娠中ですか: いいえ はい 可能性がある
 ※授乳中ですか: いいえ はい



ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。