

整形外科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	(男 ・ 女)	年 月 日 (歳)	
TEL		現在の体温	℃

※該当する症状のところに○をしてください

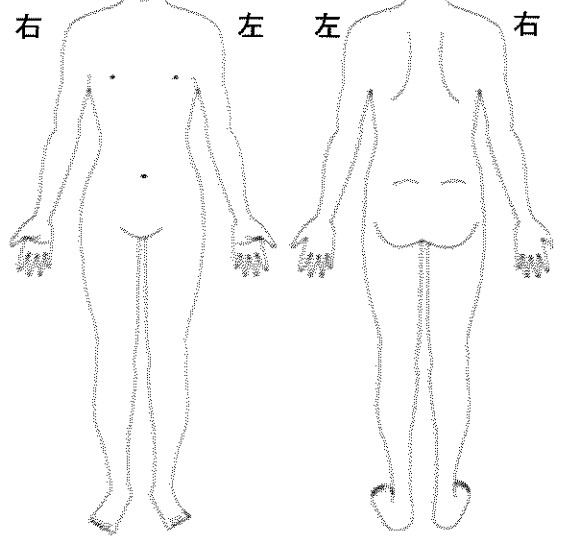
■いつ頃からどのような症状でお困りですか？

_____年 _____月 _____日から

症状

- 生活や運動中での怪我や痛み 仕事中的の怪我
交通事故での怪我や痛み 自損事故での怪我や痛み

※具体的に記入願います



■現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？（内服ありの方は診察時お薬手帳をお出してください）

なし あり

病名： _____ 医療機関名： _____

お薬の名前： _____

■今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？ はい いいえ

医療機関名： _____ 通院 入院 手術

_____歳 病名： _____

医療機関名： _____ 通院 入院 手術

■お薬や食品でアレルギーはありますか？ ■ほかにアレルギーはありますか？

なし あり (_____) なし あり (_____)

■<女性の方のみ>現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠： はい いいえ 可能性あり 妊娠中の方→ (_____ ヶ月)

授乳： はい いいえ

■リハビリテーションのご希望はございますか？

なし あり

■その他、お気付きのこと等あればご記入ください

ご記入ありがとうございました。