

整形外科問診票

記入年月日 年 月 日

患者名	様	年齢	歳	職業	
		身長	cm	体重	kg

1. どのような症状で来院されましたか。
(痛み・しびれ・はれ など)

2. それはいつ頃からですか。

3. 思い当たる原因はありますか。

4. 手術を受けたことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方

【病名：

【手術名：

】

】

5. 現在治療中の病気、または服用中の薬はありますか。

【ある・ない】

あると答えた方

【病名：

【薬品名：

】

】

◆血液をサラサラにするお薬（抗凝固剤・抗血小板薬等）を服用していますか

【はい・いいえ】

◆本日、お薬手帳はお持ちですか 【持っている・持っていない】

6. 今までに薬や注射、食品で発疹やショックになったことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【薬品・食品名：

】

7. 女性の方のみ教えてください。

◆現在妊娠の可能性はありますか 【ある・ない】

◆現在授乳中ですか 【はい・いいえ】

8. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

【ある・ない】

あると答えた方

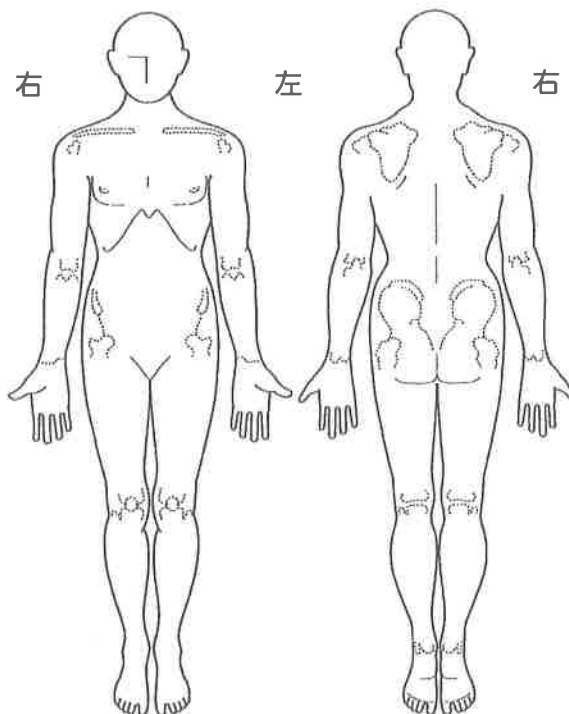
【渡航先：

【渡航期間：

】

】

◆下記の図の部位に印をつけて下さい。



レントゲン・CTは診察の正確性を上げるための重要な検査ですが
どうしても撮りたくない方はお申し出ください。