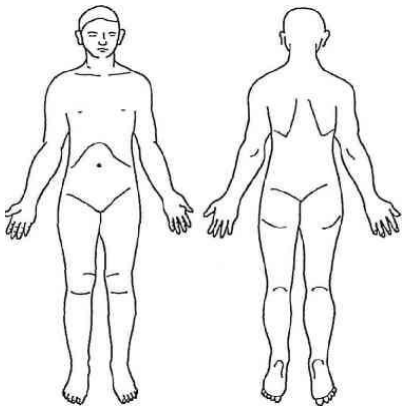
整形外科問診票

令和　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿＿歳　［男・女］

・．本日、来院された目的をお聞きします。

① 右の図で診察を希望される部位に
　○をつけて下さい。



② どのようなことでおいでになりましたか?
　いたい・しびれる・腫れている・
　うごかない・その他(　　)

③ いつ頃からですか?
　　年　　月　　日頃から

④ 原因がありましたら○をつけて下さい。
　ぶつけた・転んだ・はさんだ・ねじった・交通事故
　重い物を持った・その他(　　)

Ⅱ．現在、治療中の病気はありますか。
　ある　⇒　病名(　　)
　　薬剤名(　　)
　ない

Ⅲ．下記の病気にかかったことがありましたら○をつけて下さい。
　リウマチ・痛風・糖尿病・骨折(部位　　)
　手術＿＿＿＿年＿＿＿＿月 病名(　　)
　その他(　　)

Ⅳ．アレルギーはありますか?
　ある　⇒　薬剤名(　　)
　　食品名(　　)
　ない

Ⅴ．現在の生活についてお聞きします。

① 身長・体重	cm	kg
② 仕事の種類	(	)
③ 偏食の傾向	(ある ・ ない	)
④ 嗜好	(酒 ・ たばこ	)
⑤ 妊娠の可能性	(ある ・ ない	)