

整形外科外来受診の方へ (※ご記入後、問診窓口へご提出下さい)

フリ ガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 診察券番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

男 / 女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 / 身長 \_\_\_\_\_ cm / 体重 \_\_\_\_\_ kg

■どこが悪いですか？右の絵に○で印をつけて下さい。

■いつからですか？ \_\_\_\_\_

■どのような症状ですか？

- いたい 力が入らない 音がする おもい  
つつぱる つかれやすい しびれる 動きが悪い  
形がおかしい はれている その他 \_\_\_\_\_

■原因はありますか？

交通事故 作事中

■いままでに、同じようになったことがありますか？

いいえ はい \_\_\_\_\_ 回

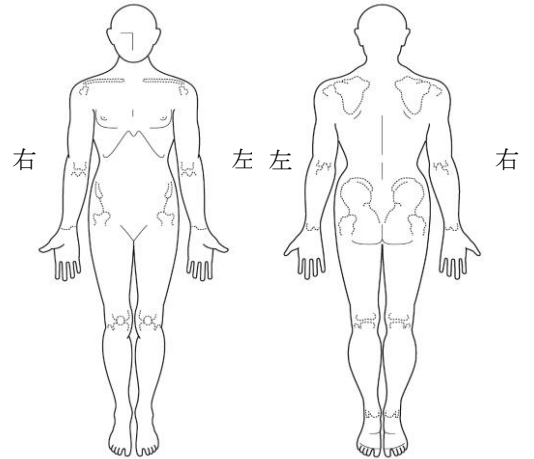
■こんどの病気で他の医院などで治療を受けていますか？どんな治療をしていますか？

なし あり 医院名 \_\_\_\_\_ 治療 \_\_\_\_\_ ※紹介状 あり なし

■家族に同じような病気がありますか？

なし あり 誰に \_\_\_\_\_ どのような \_\_\_\_\_

■どんなスポーツをしていますか(していましたか)？



■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを( )にご記入下さい。

- 喘息 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  高血圧 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  心臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 その他 (病名: \_\_\_\_\_ )

■ 今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし あり 病名: \_\_\_\_\_  
いつ頃: \_\_\_\_\_

■ 現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり 薬品名: \_\_\_\_\_

■ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。

- 薬品  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
食べ物  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
その他  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )

■ たばこ  吸わない  吸う  過去に吸っていた

(1日 \_\_\_\_\_ 本、約 \_\_\_\_\_ 年間)

アルコール  飲まない  飲む (種類: \_\_\_\_\_、1回 \_\_\_\_\_ 杯、毎日 時々 月 2~3 回)

■ 女性の方へ

妊娠している可能性は？ ない ある

■ 乳児検診の方へ

①お産の回数 \_\_\_\_\_ 回 第 \_\_\_\_\_ 子 ②妊娠中の異常 なし あり

③お産 正常 異常(逆子 仮死 その他) ④出生時体重 \_\_\_\_\_ グラム