

整形外科問診票

フリガナ

氏名

生年月日 T・S・H・R

情報提供書

あり

なし

介護保険認定

なし・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5

利用施設()

男・女

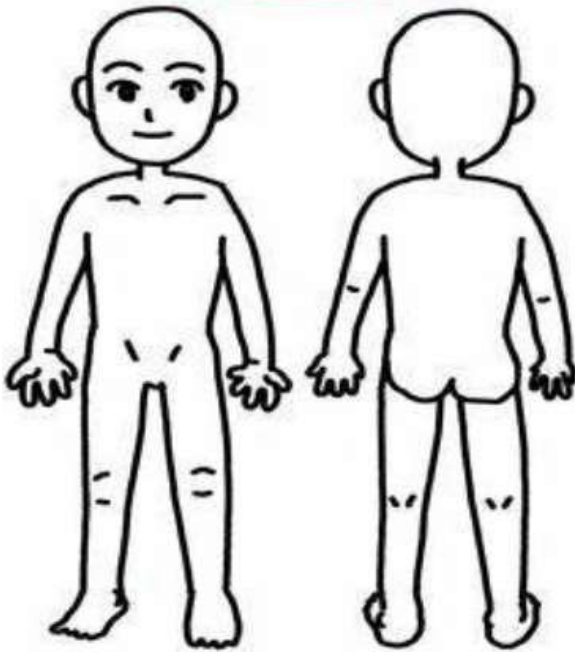
職種:

学校・学年:

スポーツ:

年 月 日 (歳)

診察希望の部位に○をつけてください



どのような症状で来院されましたか？

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いたい | <input type="checkbox"/> はれている |
| <input type="checkbox"/> しびれる | <input type="checkbox"/> ちからが入らない |
| <input type="checkbox"/> 変形 | <input type="checkbox"/> 違和感がある |
| <input type="checkbox"/> けが | <input type="checkbox"/> しこりがある |
| <input type="checkbox"/> 骨そしょう症が気になる | |
| <input type="checkbox"/> そのほか | |

いつからですか？ 今日 年 昨日 月 日頃

きっかけは何ですか？

- スポーツ
- 交通事故
- 仕事や学校でのけが
- はつきりしない
- そのほか

今回の症状で ほかの医療機関や整骨院を受診したことはありますか？

- いいえ
- はい → いつごろどこに

現在治療中または今までにかかった病気はありますか？

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> はい → 選択してください | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> リウマチ |
| | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 脳出血 | <input type="checkbox"/> がん |
| | <input type="checkbox"/> そのほか | | |

現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい → おくすり手帳を見せてください
どこの医療機関からの処方ですか？ ()

薬や食べもの・注射でアレルギー症状が出たことはありますか？

いいえ はい → 薬剤名・食品名:

手術を受けたことはありますか？

いいえ はい → 部位:

からだの中にペースメーカーやプレートなどの金属が入っていますか？

いいえ はい → 部位:

骨粗しょう症の検査を希望されますか？

する しない

女性の方へ

妊娠中 または 授乳中ですか？

- 妊娠中 (週 日)
- 授乳中 (お子さんの年齢:)
- いいえ わからない

何か質問はありますか？

受診日 年 月 日