

整形外科問診票

受診日 年 月 日

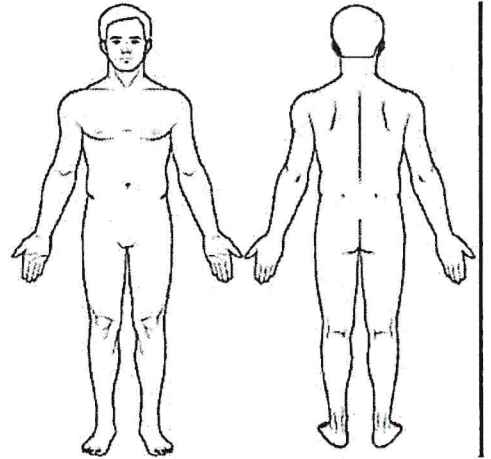
ふりがな

氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日 才 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

住 所 _____

電話番号 (携 帯) _____



1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

いつごろ ()

症 状 痛み・腫れ・しびれ・つる・動きにくい

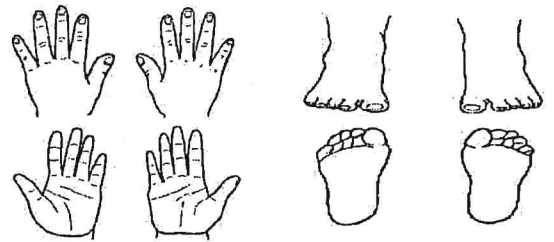
その他 ()

2. どちらの部位ですか？右の図にも○をつけてください →

・首・背中・肩(右・左)・腰(右・左)・膝(右・左)

・足首(右・左)・足(右・左)・肘(右・左)

その他 ()



3. きっかけ、原因はありますか？

仕事中・通勤中・交通事故・学校で・スポーツ

(仕事・通勤中・交通事故は受付まで)

・その他 ()

・特になし

4. 現在この症状で治療を受けていますか？ いいえ・はい

内容：()

5. 現在通院している病院・医院・クリニックはありますか？

いいえ・はい

(医療機関： _____ 病名： _____)

6. 現在飲まれている薬はありますか？

いいえ・はい ()

お薬手帳があればご提示ください

7. 今までかかった病気はありますか？

いいえ・はい ()

8. 過去に怪我や病気で手術または治療をしたことがありますか？

いいえ・はい ()

9. 今まで薬や注射、食品などでアレルギーをおこしたことがありますか？

いいえ・はい ()

10. 女性の方へ

① 現在妊娠中ですか？ いいえ・はい

② 現在授乳中ですか？ いいえ・はい

11. 当院に来院されたきっかけを教えてください

1. パソコン 2. スマートホン (当院ホームページ、足立区ドクターズ、ドクターズファイル、その他)

医療機関の紹介・近所に在住、在勤、通学・家族が通院・知人の紹介・その他 ()

その他 (医師に伝えたいことばあればお書きください)