

--	--	--	--	--

# 整形外科問診票

受診日(西暦)

年 月 日

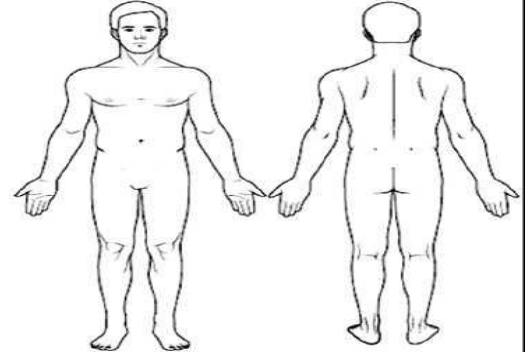
フリガナ		性 別	男 ・ 女
お名 前			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒	電話 (携帯)	( )

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 ( )

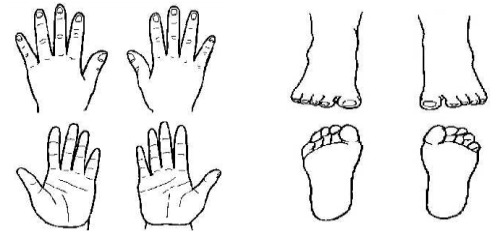
2. どちらの部位ですか？右の図にも○をつけてください →

・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うけていますか？ 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

ホームページ (クリニックホームページ・足立区ドクターズ・ドクターズファイル)  
 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 ( )

12. その他 (医師に伝えたいことばあればお書きください)