

整形外科問診票

フリガナ 氏名 性別 年齢 身長 cm 体重 kg 体温 °C

①. 今回の受診のきっかけとなった症状が出たのはいつ頃ですか？ ③. どの部分が不調ですか？
□ 年 月 日 絵に○をつけて下さい

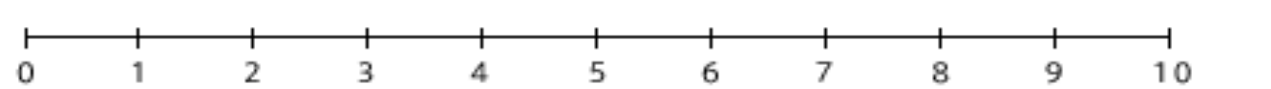
②. 今回の症状に関して思い当たる原因はありますか？
□ 交通事故 □ 転倒 □ 転落 □ 仕事(職業:)
□ スポーツ() □ その他()

④. それはどのような症状ですか？
□ 痛い □ しびれる □ 感覚が無い □ 動かない(動かしにくい)
□ 歩けない □ 変形 □ 腫れている □ しこりがある
□ その他()

* 現在の痛みの程度はどのくらいですか？ 線上に○をつけてください。



* 洗面や着替えなど、身の回りのことが自分でできていますか？ 線上に○をつけてください。



⑤. 今回の症状に関して他の病院や接骨院などで治療を受けましたか？
□ いいえ □ はい: 病院又は整骨院名() 治療内容()

⑥. 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てください。
□ 高血圧 □ 糖尿病(内服薬・インスリン注射) □ ぜんそく □ 関節リウマチ □ 脳梗塞 ・ 脳出血
□ 心臓病 ・ 不整脈 □ 肝臓病 □ 腎臓病 □ その他()

⑦. 通院中の病院やクリニックはありますか □ いいえ □ はい 内服中のお薬はありますか □ いいえ □ はい

いつ(から)	病 院 名	病 名	内服薬または治療内容 ※1
年 月			
年 月			
年 月			

※1「お薬手帳」をお持ちでしたら、内服薬の記載は不要です。「お薬手帳」を診察の際にご提示下さい。

⑧. 手術歴 □あり □なし

いつ	病 院 名	病 名	体内人工物有無
年 月 日			□あり □なし
年 月 日			□あり □なし

* 歯科治療やケガの処置などの局所麻酔で 具合が悪くなった経験はありますか？
□なし
□あり()

⑨. 妊娠の可能性 : □なし □あり □わからない

⑩. アレルギーはありますか？ □あり ※ありの場合は下記に記入 □なし □わからない

食品:() 薬品:() 金属:()
その他:()

⑪. タバコ : □吸わない □吸う(1日 本) □過去に吸っていた (歳 ~ 歳まで)

⑫. 酒 : □飲まない □飲む (毎日・週 回・月 回 : 種類 を 杯くらい)

※【お薬手帳】をお持ちの方は問診票と併せてお出し下さい。 問診票の記入は以上です。ありがとうございました。