

整形外科問診票

ID

平成 年 月 日

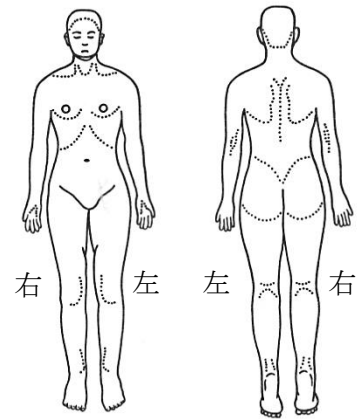
ふりがな		男・女	年齢	生年月日
お名前	様		歳	大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒 -			電話
				携帯
				緊急連絡先
お仕事	事務・営業・販売業・力仕事・立ち仕事・手仕事・無職・その他()			
スポーツ歴	野 球・サッカー・テニス・ゴルフ・バスケットボール・バレーボール・バドミントン・卓 球・マラソン・その他()			

身長 cm 体重 kg

1) どのような症状で来院されましたか？

- (ア) 痛い
- (イ) しびれる
- (ウ) 腫れている
- (エ) 動きが悪い
- (オ) その他 ()

2) 具合の悪いところに○しるしをつけてください



3) その症状が出たのはいつ頃からですか？

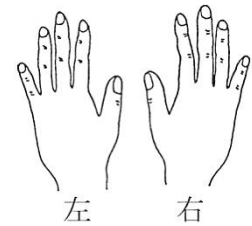
(年 月 日から)

4) 原因と思われることはありますか？

()

5) 今回の症状に関して治療を受けたことがありますか？

- ・はい → (病院名)
- ・いいえ



6) 現在治療中、または今までにかかったことのある病気を

○で囲んでください

- ・特になし
- ・高血圧
- ・糖尿病
- ・ぜんそく
- ・胃かいよう
- ・心臓病
- ・腎臓病
- ・肝臓病
- ・リウマチ
- ・脳こうそく
- ・痛風
- ・その他 ()

7) 薬のアレルギーはありますか？

- ・はい → (薬の名前)
- ・いいえ

8) 女性の方へ

- ・妊娠の可能性はありますか？
 - ・はい
 - ・いいえ
- ・現在授乳中ですか？
 - ・はい
 - ・いいえ

9) 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

- ・紹介 ()
- ・ホームページ
- ・電柱広告
- ・パンフレット
- ・バス車内広告
- ・その他 ()

65歳以上の方は、以下のアンケートにお答えいただきますよう、お願いいたします。

(該当項目に✓をお付けください)

- 過去一年に転んだことがある (5)
- 背中が丸くなってきた (2)
- 歩く速度が遅くなってきたと思う (2)
- 杖を使っている (2)
- 毎日5種類以上の薬を飲んでいる (2)
- 該当なし

ご回答ありがとうございました。