

# 整形外科 問診表

ID: \_\_\_\_\_

令和6年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日( 歳)
住所	〒	TEL	
交通事故もしくは労災の適応を受ける方は受付で申し出て下さい		<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災
※18歳未満の患者様は、保護者の方のお名前と連絡先をご記入ください。 また、初診または新しい症状での受診の際は必ず保護者の方のご同席をお願いします。			身長 cm 体重 Kg
フリガナ		保護者	
保護者氏名		連絡先	

薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> なし	
※紹介状、画像データをお持ちの方は、受付にご提出をお願いします。						
内服	すぐに薬手帳を見せられるように手に持って入室して下さい			喫煙	<input type="checkbox"/> 有( 本/日) <input type="checkbox"/> 無	
お仕事	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 建築・土木 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他(具体的内容 )					
運動	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 部活( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 胃かいよう <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他( )					
手術歴	<input type="checkbox"/> 有(内容 ) いつ頃: ( )					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬( ) <input type="checkbox"/> 食べ物( )					

今日はどうされましたか？		具合が悪い所に○しるしをつけてください。	
いつから	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> その他( )	右	左
原因	具体的に記載して下さい		
症状	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 動きが悪い <input type="checkbox"/> その他 ( )	右	左
受けてみたい検査・治療などがありますか？ (ご希望に添えないこともありますのでご了承ください。)		右	左
<input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> リウマチ検査 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> その他 ( )		右	左

診察の結果必要と判断された場合、リハビリを希望されますか？
希望する ・ 希望しない
当院をお知りになったきっかけを教えてくださいませんか？
知人の紹介 ・ 家族の紹介 ・ 近所 ・ ホームページ ・ その他( )