



問診票

整形外科

ID:

ふりがな	生年月日	明・大・昭・平・令
お名前		年 月 日(歳)
(〒 -) ご住所		
お電話【自宅】		【携帯】
御職業		

①今日はどうされましたか？

痛い しびれる 腫れている ケガをした

その他

[Empty box for other symptoms]

★症状のある場所を右図にしるしをご記入ください

②心当たりはありますか？

ひねった 転倒した 打った 原因不明
交通事故 仕事中のけが スポーツ()
その他

[Empty box for cause of injury]

③症状はいつごろからでしょうか？

[Empty box for onset date]

④今回と同じ症状で他の医療機関にかかられましたか？

はい/いいえ

→ その際に、何か検査をされましたか？ ありましたら○をお付けください。

レントゲン・CT・MRI・骨密度・血液検査・他

⑤今回の受診について 特に希望されることがありましたら○をおつけください。

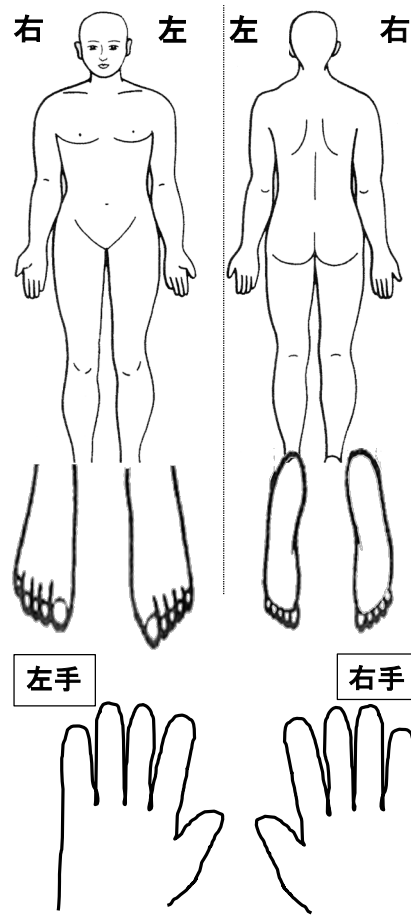
投薬 外用(シップ 塗り薬) 注射 レントゲン MRI CT 骨密度 血液検査 リハビリ

⑥薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい/いいえ

→おわかりでしたら薬剤名やたべものの種類をご記入ください

[Empty box for allergies]



裏面へ続きます

⑦現在 治療中の病気はありますか？

⑧手術をされたことはありますか？ おわかりでしたら、内容と時期をお書きください。

⑨現在内服しているお薬があればご記入ください。

ある／ない

お薬手帳があればお見せください。記入は不要です

⑩体内に金属や、ペースメーカは入っていますか？ はい／いいえ

⑪女性の方におたずねします。

現在妊娠している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

⑫その他何かございましたらご記入下さい。

以下は 腰痛で来院された患者様のみ ご記入ください

どんな時に痛みますか？

() 曲げたり伸ばしたりすると痛む

() 安静にしている時も痛む

() 足がしびれた様な感じがする

・右足 ・左足 ・両足

() ふくらはぎや足の感覚が鈍い

() 長時間立っていると痛む

() 歩くと痛む

痛みのある部分を塗りつぶして下さい。



あなたのお仕事について

() 立っている仕事

() 座っている仕事

() 中腰での仕事

() 荷物を持ち上げたり、運んだりする仕事

() 車に乗ることが多い

ご記入ありがとうございました