

整形外科問診票

受診日

I D

お名前 _____ 様

性別 男 ・ 女

1. 下記のあてはまるものにチェック

を入れてください。

痛み

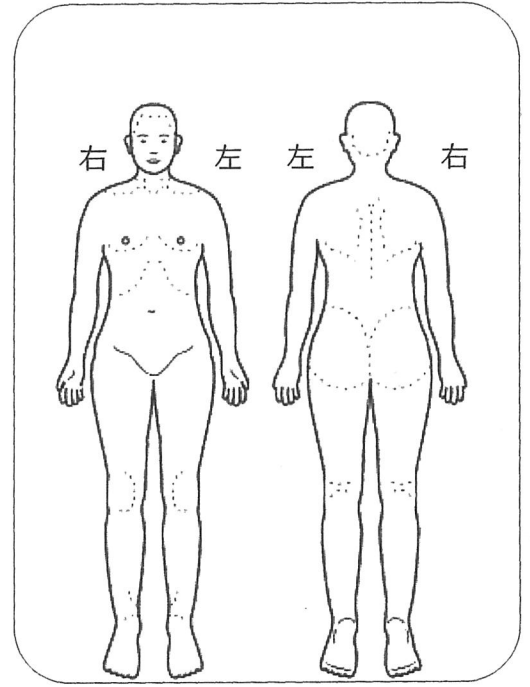
腫れ

キズ

しびれ

その他 (_____)

2. 障害の部位を図示してください。



3. 発症日をご記入ください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃

4. 思い当たる原因はありますか？

ない ある (_____)

5. 最近1週間以内に発熱はありましたか？

ない ある (_____ °C)

6. 現在、治療中の病気または、かかった事のある病気はありますか？

ない ある (糖尿病・高血圧・心疾患・喘息・胃十二指腸潰瘍・肝臓病
腎臓病・その他 (_____))

7. 現在、服用中のお薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

ない ある (_____)

8. 今までに食べ物や薬などで、アレルギーが出たことはありますか？

ない ある (_____)

9. 現在、介護保険の認定を受けていますか？

いいえ はい

10. 女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？(可能性のある方もお知らせください)

いいえ 可能性がある はい(妊娠 _____ ヶ月) 授乳中