ひじかた整形外科　　問診表

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H・R　　年　　月　　日（　　歳）
住所			電話番号
〒			（　　）　　－
身長	体重	職業・スポーツ	介護認定
cm	kg		なし・あり（要支援・要介護　　）

1．本日　他院からの紹介状・画像ＣＤ－Ｒなどを持参されていますか？

□ いいえ　　□ はい　　紹介元　医療機関名

2．どのような症状で来院されましたか？

□ 痛い　　□ 腫れている

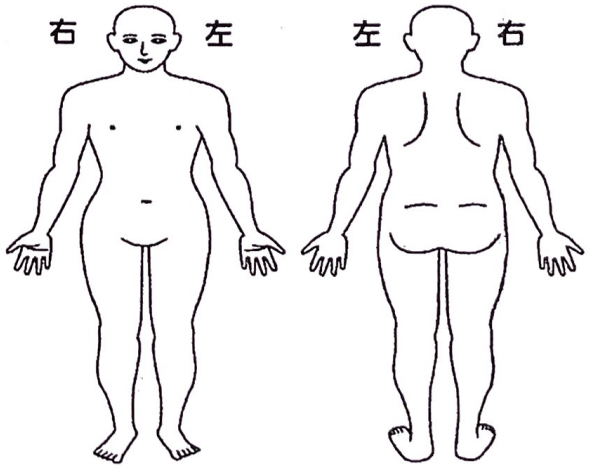
□ しびれる　　□ 力がはいらない

□ その他

（　　）

3．症状のある部位に○をつけてください。

（複数の場合は、１，２,…と番号を記入）



4．その症状はいつ頃からですか？

（　　）

5．思いあたる原因はありますか？

（　交通事故・労災　の方は○をつけてください。）

（　　）

6．今までにかかったことのある病気、または治療中の病気があれば○をつけてください。

高血圧症（　　歳）　糖尿病（　　歳）　心筋梗塞・狭心症（　　歳）　喘息（　　歳）

脳梗塞・脳出血（　　歳）　腎臓病（　　歳）　肝臓病（　　歳）　眼科の病気（　　歳）

その他（　　；　　歳）　**※ペースメーカー装着（　なし・あり　）**

7．今までに入院、または手術をしたことがありますか？

□ いいえ　□ はい（いつ頃；　　どのような入院・手術；　　）

8．内服している薬はありますか？　お薬手帳をお持ちの方は、ご提示ください。

□ いいえ　□ はい［　　］

9．アレルギーはありますか？

□ いいえ　□ はい　お薬（　　）　食べ物（　　）

麻酔薬　　造影剤　　アトピー性皮膚炎　　その他（　　）

10．女性の方へ　妊娠している可能性はありますか？　　授乳中ですか？

□ いいえ　□ はい（現在　　ヶ月）　　□ いいえ　□ はい