

整形外科初診問診票

平成 年 月 日

より良い医療を受けて頂くために、患者様からの情報が大切です。お手数ですが、診察の前に下記の質問にお答えください。なお、この問診票は患者様に提供する診療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな
お名前

様 () 才 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

ご職業 右利き・左利き

1. どの具合が悪くて受診されましたか？

右の絵であてはまるところに印を付けてください。

・いつからですか？

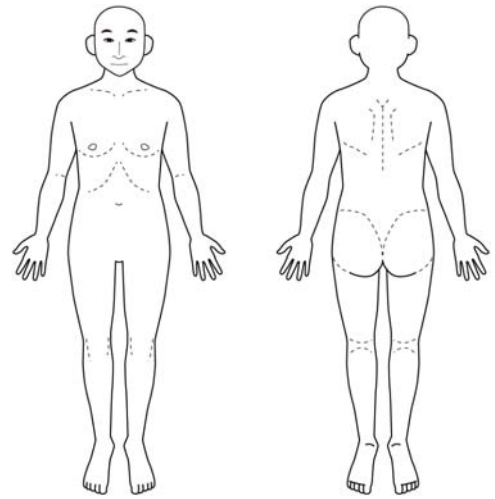
・どこですか？

・どのような症状がありますか？

・あてはまるものがあればレ点をつけてください。

交通事故 労災（仕事中のけが） 健康診断などで指摘された

学校内でのケガ（小中学生の方）



2. 現在の症状について他の病院や接骨院等にかかりましたか？ ・は い ・いいえ

3. 以前にかかったことのある病気や手術、現在治療中の病気がありましたらご記入ください。

〔 病名・いつから・治療を受けている病院など 〕

4. 現在服用中の薬はありますか？

・ は い (薬名) ・いいえ

5. 今までに薬や食べ物で具合が悪くなったこと（アレルギー）はありますか？

・ は い(薬名・食品) ・ いいえ

6. 喘息はありますか？ ・は い ・いいえ

7. 心臓の手術（ペースメーカーなど）を受けたことがありますか？ ・は い・いいえ

8. 女性の方へ

・妊娠の可能性はありますか？ ・は い (妊娠 ヶ月) ・いいえ

・授乳中ですか？ ・は い ・いいえ

9. 介護認定を受けていますか？ ・は い 要介護度 () いいえ

10. その他、ご要望やご意見、伝えておきたいことなどがあればご記入ください。

〔 〕