

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

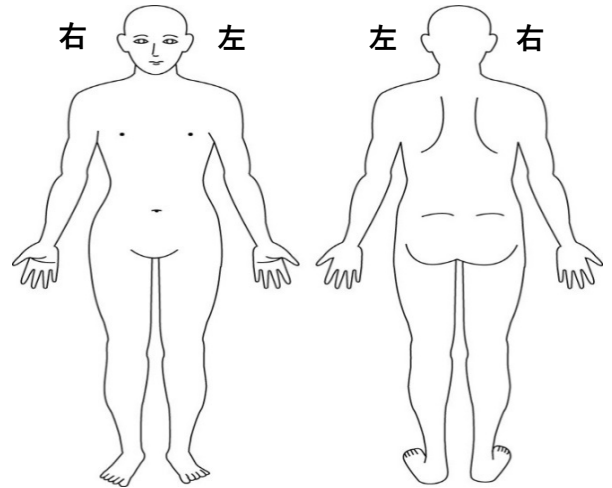
紹介元 医療機関名

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 力がはまらない
 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. 思い当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