

## 整形外科 問診票

お答えできる範囲で結構ですのでご記入をお願いします。

お名前: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

職業: \_\_\_\_\_ 学年: 小 中 高 \_\_\_\_\_ 年

① 具合の悪いところに○印をつけてください。

② どのように具合が悪いですか？

痛い しびれる はれている

変形している 動きが悪い

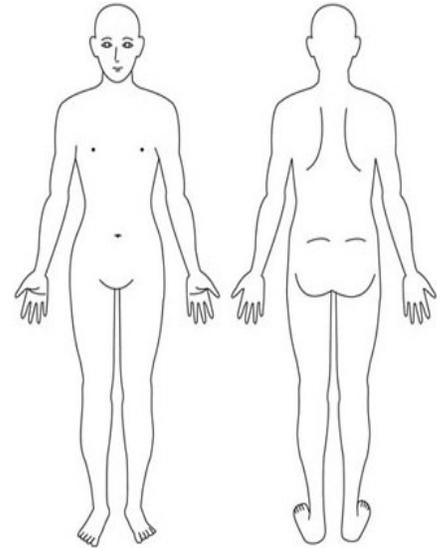
その他( \_\_\_\_\_ )

③ いつ頃ですか？

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から または \_\_\_\_\_ 日位前から

④ 今回の症状で他院に通院していますか？

いいえ はい(医療機関名: \_\_\_\_\_ )



⑤ 思い当たる原因やきっかけがある方はご記入ください。

スポーツや事故によるけがの方は受傷時の状況をご記入ください。

⑥ たばこを吸いますか？

いいえ はい(1日 \_\_\_\_\_ 本) 過去に吸っていた( \_\_\_\_\_ 年間)

⑦ 薬のアレルギーや副作用の経験がありますか？(消毒薬・麻酔薬も含む)

いいえ はい(薬品名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ )

⑧ 以下の病気にかかった方、現在かかっている、治療中の方は○印をつけてください。

また他に大きな病気や手術したことがある方はご記入ください

糖尿病 心臓病 高血圧 喘息 結核 肝炎 肝機能障害

胃・十二指腸潰瘍 腎機能障害

その他

⑨ 抗凝固薬(血液をサラサラにする薬)を内服していますか？

いいえ はい(薬品名: \_\_\_\_\_ )

⑩ 女性の方にお伺いします。現在、妊娠または妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい わからない