
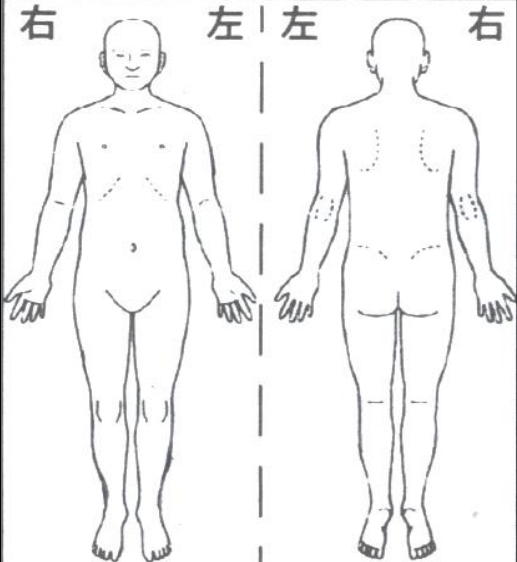


# 問診票 (整形外科)

Data: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

カルテNo

フリガナ		生年	大正・昭和・平成・令和・西暦		
氏名		月日	年	月	日 歳
住所	〒 _____				
電話		携帯電話			
身長		本日の	最高	/最低	/脈拍
体重	cm	kg	血圧/脈拍		
びわじま整形外科にかかっていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		現在、介護保険をご利用ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
①	症状はどの場所ですか？ ※症状のある場所に印をつけてください 				
②	いつからですか？				
③	どのような症状ですか？ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> その他				
④	症状の原因・きっかけはなんですか？ 症状をくわしくお書きください _____ _____ _____ _____				
<input type="checkbox"/> 交通事故		事故日：	年	月	日
<input type="checkbox"/> 工作中		受傷日：	年	月	日
		勤務先：	勤務先電話番号：		
<input type="checkbox"/> 医師への質問等		_____ _____ _____			

裏面もご記入ください

⑤ アレルギーはありますか？

ない ・ ある

⑥ 湿布などの外用薬でかぶれますか？

かぶれない ・ かぶれやすい

⑦ 腎臓・肝臓に異常があると言われたことがありますか？

ない ・ ある (腎臓・肝臓) ・ わからない

⑧ 今までに手術を受けたことはありますか？

ない ・ ある

いつ頃： 年 月頃

病傷名：

体内に金属は入っていますか？

医療機関名：

ない ・ ある ( )

⑨ 現在治療中の病気・ケガがあればお答えください。

ない ・ ある

病傷名：

医療機関名：

処方薬：

現在治療中の歯はありますか？

ある ・ ない

かかりつけ歯科：

インプラント ある ・ ない

歯そう膿ろう ある ・ ない

⑩ かかりつけの病院や薬局はありますか？

ない ・ ある

医療機関名：

薬局名：

⑪ 肺がん,大腸がん,胃がん,乳がん,前立腺がんの検診を行っていますか？

ない ・ ある

肺がん ・ 大腸がん ・ 胃がん ・ 乳がん

前立腺がん ・ その他のがん ( )

⑫ タバコについて

吸わない ・ 吸う (1日/ 本) を ( ) 年 ・ 禁煙した

⑬ 女性の方へ 現在、妊娠中 授乳中 妊娠していない 不明

生理 順調 不順 最終月経 年 月

⑭ スポーツをされている方へ

種目：

ポジション：

所属名 (学校、チームなど)：

所属チームからの伝達事項等

⑮ どこで当院を知りましたか？

当院のホームページ

インターネットクチコミサイト等

知人の紹介 (紹介者： )

その他 ( )

