

ID:

## 問診票(整形外科)

平成 年 月 日



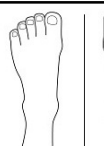




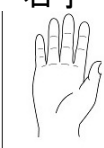


フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日(才)		
住所	〒 -		職業		
電話番号	自宅:		携帯:		
	身長:	cm、	体重:	kg	紹介状: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

## ●本日はどうされましたか

いつから ( )

どんな症状  発熱( °C)  痛い  しびれる  腫れている その他( )

## ●症状のある部位はどこですか。図の中に○をつけてください。

					
左手	右手	左足	右足	前	後
					

## ●この症状で治療を受けた事がありますか

 いいえ  はい(内容: )●現在治療中の病気はありますか  いいえ  はい 病院名:( ) 高血圧  高脂血症  糖尿病  心疾患(不整脈・狭心症・心筋梗塞等)  脳疾患(脳梗塞等) 痛風・高尿酸血症  癌(部位: )  その他( )

## ●現在内服されている薬があればお書きください。またはお薬手帳のご提出をお願いします。

( (お薬手帳:  有  無)●今までに入院・手術歴はありますか  はい  いいえ

病名:( , 歳頃)・( , 歳頃)

●アレルギーはありますか  はい  いいえ

薬( )、食品( )、その他( )

## ●嗜好について

喫煙: 吸わない  吸う( 本/日× 年)  禁煙( 年前)飲酒: 飲まない  機会飲酒  飲む(ビール ml、日本酒 合、焼酎など 杯)/日

## ●(女性の方に)

妊娠の可能性はありますか  はい  わかりません  妊娠の可能性はありません授乳中ですか  はい  いいえ

## ●当院を何でお知りになりましたか

 以前から知っていた  ホームページ  知人の紹介  駅広告・看板  他院からの紹介  その他