

# 整形外科問診票

やまむら整形外科

平成 年 月 日

ふりがな				性別
氏名				男・女
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 ( 歳)
住所	〒 — 電話 ( )			携帯 ( )
職業		介護保険	有・無	施設名 ( )
学生	小学生・中学生・高校生・大学生・専門学校生			(学年 年生)
身長/体重	身長	cm	/	体重 kg

1. 診察箇所はどこですか？症状のある部位を○で囲んでください。



2. どのような症状がありますか？ □にレ点をつけてください。  
痛い しびれる 動きが悪い はれ 変形 その他 ( )

3. いつ頃からですか？  
 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日より 本日 昨日 2-3日前 1週間前 その他( )

4. 思い当たる原因はありますか？  
ない 事故 労災 その他 ( )

5. 今回の症状に関して他の病院や接骨院などで治療を受けたことがありますか？  
なし あり 病院名/接骨院名 ( )

6. 現在仕事はされていますか？また以前にしていた仕事はありますか？  
なし あり 現在の仕事の内容 ( ) 以前の仕事の内容 ( )

7. スポーツはしていますか？  
なし あり スポーツの種類 ( )

8. 今までにかかった病気や受けた手術、現在治療している疾患はありますか？  
なし 喘息 糖尿病 胃・十二指腸潰瘍 心臓病 腎臓病 B型肝炎 C型肝炎 梅毒  
あり 高血圧 高脂血症 脳梗塞・出血 悪性腫瘍 ( )  
 その他 ( ) 手術名 ( ) いつ頃 ( )

9. 薬剤に対するアレルギーはありますか？  
なし あり 薬品名 (可能であれば) \_\_\_\_\_

10. 現在飲んでいる薬がありますか？  
なし あり 薬品名 (可能であれば) \_\_\_\_\_

11. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？  
なし あり 不明

※ 問診票に記載して頂いた個人情報は診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用致しません。