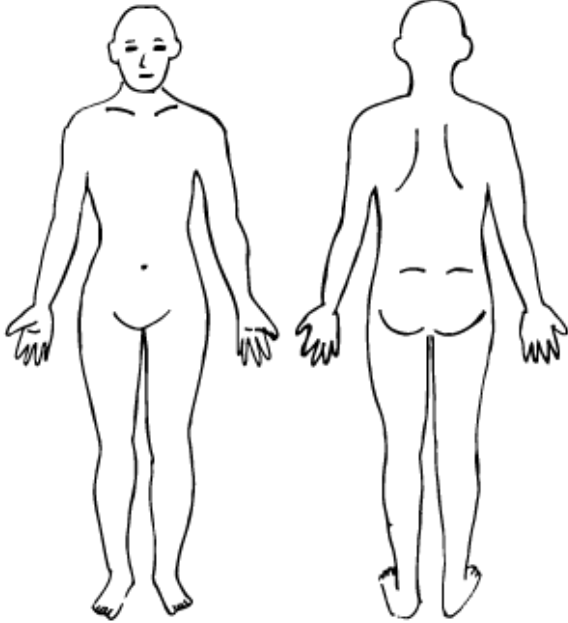


# 整形外科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日
お名前 様		明・大・昭・平・令 年 月 日生
住所 〒 -		
電話番号 - -		

<p>どのような症状ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>動きにくい <input type="checkbox"/>腫れている</p> <p><input type="checkbox"/>何かできている <input type="checkbox"/>つっぱる <input type="checkbox"/>傷がある</p> <p><input type="checkbox"/>捻挫 <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>やけど</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>症状はいつ頃からありますか？ 約 ( ) 日・週間・ヶ月・年前から</p> <p>症状が出たきっかけは何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>転倒 <input type="checkbox"/>落ちた <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>ひねった</p> <p><input type="checkbox"/>運動中 <input type="checkbox"/>切った <input type="checkbox"/>はさんだ <input type="checkbox"/>交通事故</p> <p><input type="checkbox"/>仕事中 <input type="checkbox"/>原因不明 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>今回の症状で他の病院を受診されましたか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( ) 医院</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい</p> 
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
喫煙、飲酒について教えてください	
喫煙： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う ( 本/日× 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した ( 年前から。それまで喫煙 ( 本/日× 年間))	
飲酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 日) 種類・量 ( )	
お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)	
介護保険の等級はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> あり ( )	
マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (もっていない)	

※紹介状・レントゲン・CDROM・検診の結果等をお持ちの方は、この用紙と一緒に受付にお出し下さい。