

# 整形外科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

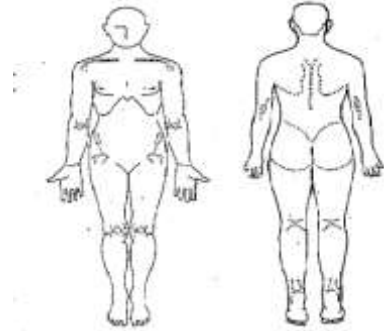
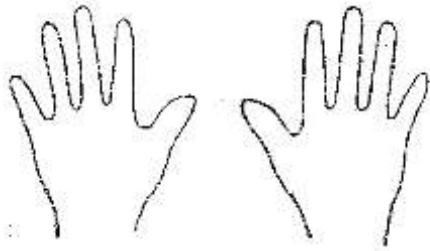
年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ( 男・女 ) 身長 \_\_\_\_\_ c m 体重 \_\_\_\_\_ k g

1. どのような症状で来院されましたか？

(1) 具合が悪いところ、あるいは違和感のあるところに○をして下さい。

左手

右手



(2) あてはまるものに○をして下さい。

痛い・しびれる・こる・歩きにくい・手があがらない・力が入りにくい・  
曲げ伸ばしが出来ない・冷える・だるい・感覚が無い・正座が出来ない・腫れている  
しこりがある・出血している・切った・ひねった・打撲した・転倒した  
その他 ( )

(3) その症状はいつ頃からですか？ ( )

(4) 今までに、その症状で治療されたことがありますか？ ( あり・なし )

2. 今まで他の病気で治療したり、現在も治療しているものがあれば○をして下さい。

高血圧 ( ) 糖尿病 ( ) 心臓疾患 ( ) 喘息 ( ) 肝臓病 ( )

血液疾患 ( ) 胃潰瘍 ( ) 脳梗塞 ( ) その他 ( )

現在服薬中のお薬 ( )

3. 今までに手術を受けられたことがありますか？ ( あり ・ なし ) があると答えた方は、病名や年月日も教えてください。

4. 薬のアレルギーはありますか？【なし・あり 薬の種類 ( )】

5. 女性の方にお訊ねします。現在妊娠している、あるいは妊娠している可能性はありますか？  
【 なし・あり ( 月 ) ・ わからない 】