



* 0 4 0 6 0 1 0 0 0 3 1 0 1 *

受診日 平成 年 月 日

整形外科問診表

紹介状	持参フィルム
あり・なし	あり・なし

名前	性別	年齢	身長	体重	職業
	男 女	才	cm	kg	

1. どのような症状で来院されましたか？

- 痛い しびれる 腫れ 動きにくい
 その他 ()

* 症状のある部位はどこですか？

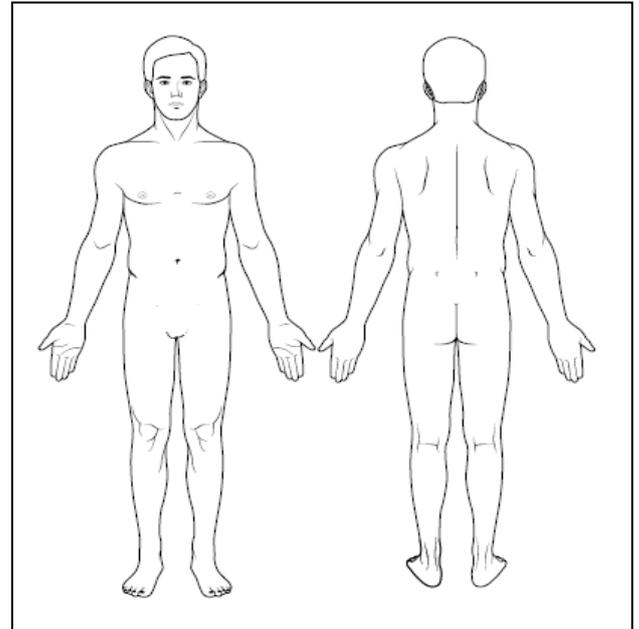
- 頸椎 (首) 背部 腰椎 膝 (右・左)
 肩 (右・左) 足首 (右・左) その他→図へ

2. いつごろから症状は出てきましたか？

- _____年 _____月 _____日 から
 _____ (日・月・年) 前から

3. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

- 交通事故 工作中 スポーツ 転倒
 その他 () 特に原因なし



《症状のある部位に○をつけて下さい》

4. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください

- () 病院・医院
 治療内容： 投薬 注射 物療 その他 ()
 検査： レントゲン MRI その他 ()

5. 現在治療中の病気があればお答えください。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 (狭心症・不整脈など) 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍
 その他 () 治療中の病気はない

6. 過去に怪我や病気で手術を受けた事があればお答えください。

手術名 (: _____年) (: _____年)

7. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。

ある：薬 () 食べ物 () ない

8. 趣味・健康目的で何か運動 (スポーツ) されていればお答え下さい。

種類 () _____回/週・月

9. 女性の方へ： 妊娠している可能性がありますか？

- はい いいえ

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報は、診療録 (カルテ) と同様に厳正に管理されます