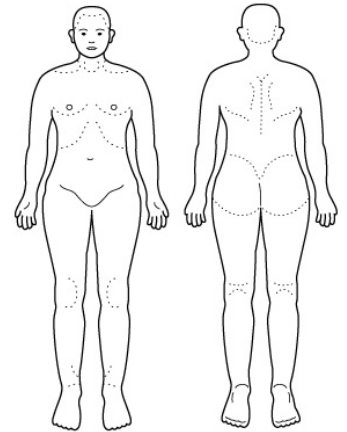


整形外科外来受診の方へ

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 男 女

身長 _____ cm 体重 _____ kg



1. どこがどのように具合が悪いですか？ 右の図に○をつけて下さい。

痛み しびれ はれ 動かない

その他 (_____)

2. いつからですか？

3. 原因は何ですか？

交通事故 学校でのケガ 工作中的ケガ 通勤中のケガ 特に原因なし

その他 (_____)

4. この症状で、現在あるいは過去に病院・接骨院・整骨院などで治療を受けた事がありますか？

(はい・いいえ)

「はい」の方・・・医療機関名 (_____)

病名 (_____)

5. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを()にご記入下さい。

高血圧 (_____ 頃) 糖尿病 (_____ 頃) 脳卒中 (_____ 頃)

高脂血症 (_____ 頃) 心臓の病気 (_____ 頃) 腎臓の病気 (_____ 頃)

肝臓の病気 (_____ 頃) 呼吸器の病気 (_____ 頃) 消化器の病気 (_____ 頃)

婦人科の病気 (_____ 頃) 前立腺肥大 (_____ 頃) 眼の病気 (_____ 頃)

その他: _____

6. 障害者手帳等を持っていますか？ ペースメーカー 障害 (身体・精神) その他

7. 現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は、ご提示お願いいたします。

なし あり (薬品名: _____)

8. 今までに手術の経験はありますか？

なし あり 病名: _____

いつ頃: _____

9. 薬や注射のアレルギーはありますか？ なし あり(どのような薬: _____)

食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり(どのようなもの: _____)

その他: _____

10. 女性の方へ

妊娠中ですか？ はい いいえ ※妊娠中の方は、診察室でも直接医師へお伝え下さい。

授乳中ですか？ はい いいえ