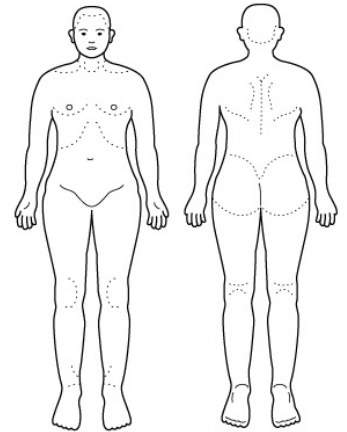


整形外科外来受診の方へ

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ □男 □女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg



◎5日以内に、発熱やかぜ症状はありましたか？( あり・なし )  
いつから・症状( )  
同居家族に上記症状の方はいませんか？ ( あり・なし )

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 仕事でのケガ 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はありますか？  
( 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: )

10. 女性の方へ  
妊娠の可能性 □あり □なし □不明 妊娠週数( )週  
授乳中ですか？ □はい □いいえ ※妊娠・授乳中の方は、医師またはスタッフへお伝え下さい。