

# 整形外科問診票

受診日 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

性別 : \_\_\_\_\_

年齢 : \_\_\_\_\_

職業 : \_\_\_\_\_

1) 本日、来院された理由及び症状について、詳しくご記入下さい。	月 日 頃からどうされましたか？
----------------------------------	------------------

2) 現在、他の病院(医院)で治療中の方は、どのような病気で何のお薬を服用していますか？	
(病気)	(服用中の薬)

3) 今までに手術をしたこと、大きな病気やケガ(事故を含む)をされたことがありますか？

ない

ある ( \_\_\_\_\_ )

4) 今までに次の病名と診断されたことがありますか？

ない

ある (  心臓病  糖尿病  甲状腺の病気  緑内障  前立腺肥大症 )

(  喘息  感染症  花粉症 )

5) アレルギー(お薬・食べ物・金属など)はありますか？

ない

ある 薬( \_\_\_\_\_ ) 食べ物( \_\_\_\_\_ ) 金属( \_\_\_\_\_ )

6) お薬・食べ物・金属などで気分が悪くなったり、湿疹が出たりしたことがある方は、どのようなことで、どのような状態になりましたか？

7) 女性のみご記入ください。(妊娠中の方は、診察室でも担当医に直接お申し出ください。)

生理は、

規則的である  不規則である  閉経している

・ 最終月経 月 日

8) 女性の方のみご記入下さい。

・ 現在、妊娠していますか？  はい( \_\_\_\_\_ ヶ月)  いいえ

・ 現在、生理中ですか？  はい  いいえ

9) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？

はい(国名: \_\_\_\_\_ 帰国日: \_\_\_\_\_ )  いいえ

または、上記の方との接触がありますか？

はい(国名: \_\_\_\_\_ )  いいえ

身長 : \_\_\_\_\_ cm

体重 : \_\_\_\_\_ kg

ID : \_\_\_\_\_

問診入力者 : \_\_\_\_\_