

年 月 日

2-1

整形外科 問診票

フリガナ _____

氏名 _____

〒 _____

住所 _____

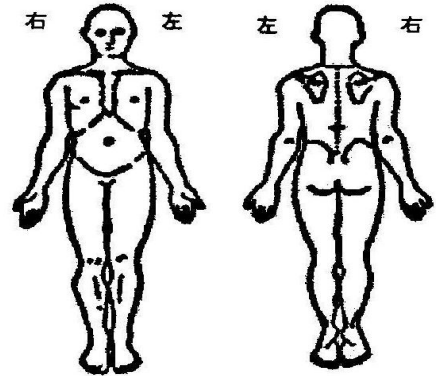
自宅電話 _____

携帯電話 _____

緊急時連絡先 _____

TEL _____ (間柄: _____)

（症状のある部位が複数の場合は、
症状の強い順に番号を付けてください。）



※当院から連絡が必要な場合
電話をかけてもよいですか。 (はい・いいえ)

症状のある部位はどこですか。右上の図にしるしをつけてください。

以下4つの質問は複数部位がある場合、番号ごとに記入してください。

どのような症状ですか。当てはまる項目に○をしてください。
(痛み・感覚が鈍い・感覚がない・重い・だるい・その他)

いつから症状がありますか。
()

症状が出たきっかけに心当たりがあれば記入し、
きっかけがわからなければわからないに○をつけてください。
()
・わからない)

※将来書類を作成する場合、ここに記入してある通りに記載しますので正確に書いてください。

上記の症状はどのような動作・姿勢で出現しますか。
()

昨夜は眠れましたか。 (眠れた・時々目が覚めた・眠れなかった)

食欲はありますか。 (普通・少しだけ・食欲なし)

アルコールは飲みますか。 はい いいえ
はいの方：(種類・量)

たばこを吸いますか。 はい いいえ
はいの方：(本/日 年)

日常的にどんな姿勢や動作が多いですか。当てはまる項目に○をしてください。
(立ち仕事・座位姿勢・デスクワーク(うつむき姿勢)
中腰・重いものを持つ・家事・学生・その他)

かぶれやすいですか。 はい いいえ
はいの方：何でかぶれやすいですか。当てはまる項目に○をしてください。
(湿布・ばんそうこう・テープ・アルコール・その他)

スポーツをしていますか。(スポーツ名) はい いいえ

注射をするのは身ぶるいするほどいやですか。 はい いいえ

今までに薬の副作用がありますか。 はい いいえ
はいの方：薬剤名(かぜ薬・ピリン・鎮痛剤・抗生物質・わからない)

薬を飲んで胃腸障害がありますか。	はい	いいえ
はいの方：胃薬を希望しますか。	はい	いいえ
ぜんそくはありますか。	はい	いいえ
アレルギー体質ですか。	はい	いいえ
はいの方：当てはまる項目に○をしてください。 (花粉症・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・じんましん・その他)		
手術をしたことがありますか。	はい	いいえ
はいの方：年齢・部位を記入してください。		
今までに麻酔や注射で副作用がありますか。	はい	いいえ
はいの方：薬剤名 症状		
他の医療機関にかかっていますか。	はい	いいえ
はいの方：病院名を記入してください。		
現在、他院で内服していますか。	はい	いいえ
現在、または過去に次の疾患にかかったことがありますか。 あれば○をつけてください。なければ×をつけてください。 (心臓・腎臓・肝臓・糖尿病・高脂血症・脳血管障害・高血圧・てんかん 甲状腺・緑内障・骨粗鬆症・呼吸器疾患・リウマチ・その他)		
ここ1ヶ月以内に他院で何か検査を受けていますか。	はい	いいえ
当院を選んだ理由が次の項目にあれば○をしてください。 (家から近い・受診したことがある・家族が受診したことがある テープ治療・紹介された・ホームページを見た・その他)		

以下女性の方にお尋ねします。		
妊娠中ですか。	(はい・いいえ・わからない)	
授乳中ですか。	はい	いいえ

◎領収書・明細書が不要な方(レシートのみでよい)はサインをして下さい。

氏名

◎相談したいことや治療についての希望など伝えたいことがあればお書きください。