

西新発田整形外科クリニック

整形外科問診票

ID

令和 年 月 日

ふりがな		性別	年齢	生年月日	
お名前	様	男・女	歳	大・昭・平・令	年 月 日
ご住所	〒 ー	電話			
		携帯			
		緊急連絡先			
お仕事	事務・営業・販売業・力仕事・立ち仕事・手仕事・無職・その他 ()				
スポーツ	野球・サッカー・テニス・ゴルフ・バスケットボール・バレーボール・バドミントン・卓球・マラソン・その他 ()				
		身長	cm	体重	kg

■どのような症状で来院されましたか？

- どこが ()
- 痛い しびれる 力が入らない 音がする
- はれている おもい つっぱる 動きが悪い
- こわばる

■今回の症状の原因は？

- 交通事故 仕事中のけが スポーツ その他 ()

■その症状が出たのはいつ頃からですか
(年 月 日から)

■痛みはどのような時起きますか？
()

■今回の症状に関して治療を受けたことがありますか？

- はい→(病院名)
- 治療内容：お薬 注射 リハビリ その他
- いいえ

■現在治療中、または今までにかかったことのある病気を

- でかこんでください。
- 高血圧 (才) 糖尿病 (才) ぜんそく (才)
- 胃潰瘍 (才) 心臓病 (才) 腎臓病 (才)
- 肝臓病 (才) リウマチ (才) 脳梗塞・脳出血 (才)
- 痛風 (才) その他 (才)
- ペースメーカーの装着 (有 ・ 無)

■アレルギーはありますか？

- いいえ
- はい→くすり () お食事 ()
- 麻酔 造影剤 金属類 ゴム製品 アトピー性皮膚炎 その他 ()

■今までに手術を受けた事がありますか？

- ある場合は いつ、どのような手術を受けられましたか？
- なし あり ()

■女性の方へ

- ・妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
- ・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

■現在お薬を飲んでいますか？

- いいえ はい お薬手帳またはお薬をお持ちの方はお出してください

■アルコール 飲まない 飲む (種類： 週に 回 ・ 1回 ml)

■たばこ 吸わない 吸う (1日 本、約 年間)

■介護保険に関して

- 利用している 利用していない
- 利用している場合→要支援: 1, 2 要介護: 1, 2, 3, 4, 5

悪いところに○をつけてください。

