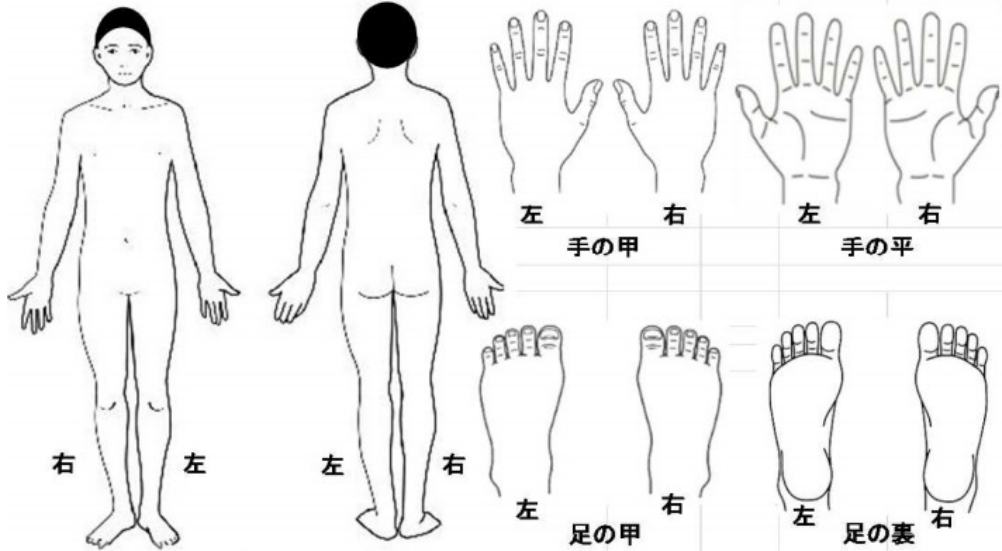


大角医院 整形外科 問診票

ID: _____ 記入日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

フリガナ	性別	生年月日	年齢
お名前	男 女	大・昭・平・令 年 月 日	歳
(〒 _____) ご住所	電話番号 (_____)		

※診察を希望する部位に○を印でつけてください。



1. 本日はどうしましたか？
 痛い しびれる 動きにくい 腫れている 傷がある やけど
 その他 (_____)
2. いつ頃から症状が出てきていますか？（具体的に）
 _____ 月 _____ 日 _____ 日前 _____ 週間前 _____ カ月前 _____ 年前
3. 症状が出たきっかけは何ですか？
 転倒 落ちた ぶつけた ひねった 運動中 交通事故 仕事中
 切った はさんだ 原因不明
 その理由 (_____)
4. 今回の症状で他の医療機関を受診・治療していますか？
 いいえ はい (医療機関名 _____)
5. 現在治療中の病気はありますか？
 いいえ はい (_____)
6. 現在お薬は飲んでいますか？
 いいえ はい (_____)
お薬手帳をお持ちの方はお持ちください。
7. 今までに手術を受けたことはありますか？
 いいえ はい (_____)
8. アレルギーはありますか？
 いいえ はい 食物・薬剤・花粉症・湿布かぶれ
 (_____)
9. 現在、妊娠していますか？
 いいえ はい (_____ カ月)
10. 他に症状等ある場合は、裏面に記入してください。