

問診票【整形外科】

NO. _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな			性別	男 女	生年 月日	西暦	年	月	日 (才)	血液型
お名前										
ふりがな					自宅電話番号		—	—		
ご住所	〒 _____				携帯番号		—	—		
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業・役員 <input type="checkbox"/> 会社経営 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> フリーター <input type="checkbox"/> 芸能関係 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他									

※未成年の方のみ

保護者氏名	_____	保護者電話番号	—	—
-------	-------	---------	---	---

1. 診察箇所の症状を教えてください。

- ①いつ頃からですか？ ()
 ②どちらの部位ですか？ 下図に○をつけてください。



- ③どのような症状ですか？
痛み 変形 腫れ しびれ その他 ()

- ④きっかけ、原因はありますか？
交通事故 工作中 通勤中 スポーツ中
 その他 ()

⑤痛みがある方は、痛みの程度を右記に○をつけてください。→



2. 現在あるいは過去に、この症状で治療を受けていますか？

- いいえ はい

3. 現在治療中、又は今までにかかった病気があれば○をつけてください。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 胃潰瘍 喘息 肝臓病 腎臓病 痛風 リウマチ
その他 ()

4. 現在服用している他のお薬はありますか？(お薬手帳があればご提示ください)

- いいえ はい ()

5. 過去に怪我や病気で手術または治療をしたことがありますか？

- いいえ はい ()

6. 今までに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

- いいえ はい ()

7. 女性の方へ

- ①現在妊娠中ですか？ いいえ はい
 ②現在授乳中ですか？ いいえ はい

8. スポーツはしていますか？

- いいえ はい スポーツの種類 ()

9. 喫煙者の方へ

1日の喫煙量 ()本/日 もしくは ()箱/日

10. 当院に来院されたきっかけを教えてください。

- パソコンでの検索(yahoo/google/safari/その他: _____) 携帯サイト
 上記にチェックをされた方へ質問です。検索の際は何と入力して検索されましたか？
 ()

- 広告・チラシ 雑誌(雑誌名: _____) タウン情報誌
口コミ 友人紹介(ご紹介者様名: _____) テレビ(番組名: _____)
ポスター その他(詳しく教えてください: _____)

11. よく見る・利用するサイト、雑誌を教えてください 例: facebook ぐるなび アメブロ クックパッドなど

()

裏面もご記入をお願い致します。