

# 問診票(整形外科)

ふりがな

氏名 :

性別 : 男 ・ 女

生年月日 : 年 月 日

年齢 : 歳 職業 :

## 1. 現在の症状を教えてください。

- |                                |                                 |                                  |                                |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛い    | <input type="checkbox"/> しびれる   | <input type="checkbox"/> 感覚がにぶい  | <input type="checkbox"/> こわばる  |
| <input type="checkbox"/> 曲がらない | <input type="checkbox"/> 変形している | <input type="checkbox"/> 赤くなっている | <input type="checkbox"/> 腫れている |
| <input type="checkbox"/> その他   | 〔 〕                             |                                  |                                |

## 2. 上記の症状について他の医療機関を受診されましたか？

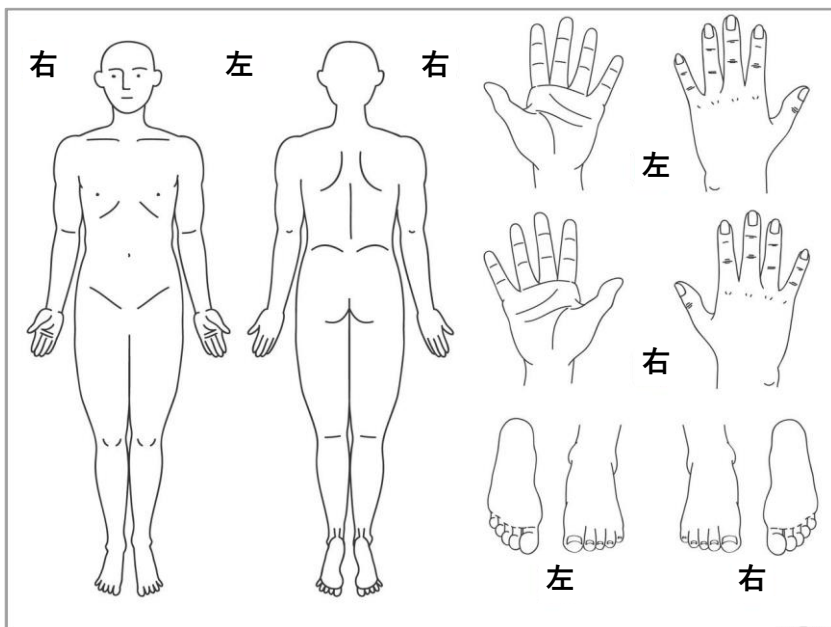
- していない       した      診断名: (      )

## 3. 気にかかるところに ○を付けて下さい。

## 4. その症状はいつごろ からありましたか？

(      )

- 突然  
 だんだんと



## 5. 思い当たる原因はありますか？

- |                               |                               |                                   |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 転んだ  | <input type="checkbox"/> ぶつけた | <input type="checkbox"/> 仕事       | <input type="checkbox"/> 通勤中  |
| <input type="checkbox"/> ひねった | <input type="checkbox"/> 交通事故 | <input type="checkbox"/> 落ちた      | <input type="checkbox"/> はさんだ |
|                               |                               | <input type="checkbox"/> (      ) |                               |

## 6. 現在治療中の病気や飲んでいるお薬、手術などをしたことがありましたら、 ご記入ください。

- ない  
 ある (      )

\*お薬手帳を持参されている方は記入不要ですが、診察中にご提示ください。

ご不明な点はお申し付けください。