

整形外科外来問診表

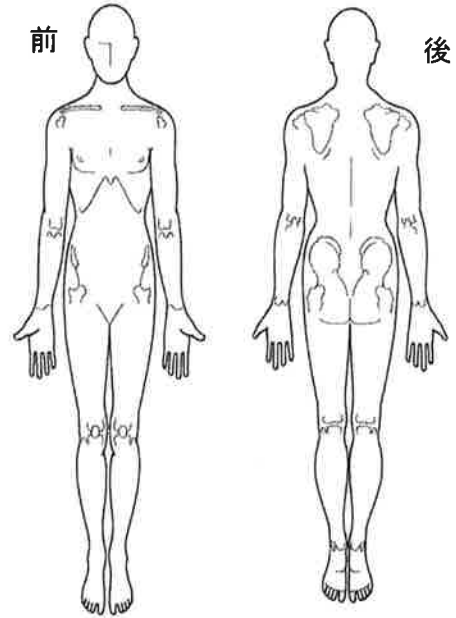
氏名 _____ 性別 男・女 職業・スポーツ _____

■ どのような症状ですか？ ■ どこが悪いですか？右の絵に○をつけて下さい。

どこが ()
 いたい しびれる 力がはいらない

どこが ()
 いたい しびれる 力がはいらない

その他 ()
 音がする はれている おもい
 つっぱる 動きが悪い



■ その症状は いつ頃からですか？

■ 思いあたる原因はありますか？

■ 痛みはどのような時おきますか？

■ 今回の症状で他の医療機関を受診、治療していますか？

なし
 あり 医療機関名 _____ 治療内容: お薬 注射 リハビリ その他

■ どのような目的で受診されましたか？

精査(レントゲン・MRIなど) 保存療法 手術療法 セカンドオピニオン

■ 今までにかかったことのある病気、または治療中の病気があれば○で囲んで下さい。

高血圧症(才) 糖尿病(才) 胃潰瘍(才) 肝臓病(才) 腎臓病(才)
 心筋梗塞(才) 狭心症(才) 喘息(才) 脳梗塞・脳出血(才)
 眼科の病気(才) 婦人科の病気(才) その他(才)
 ※ペースメーカー装着(有 ・ 無)

■ 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

■ 現在お薬を飲んでいますか？

いいえ はい お薬手帳又はお薬をお持ちの方はお出し下さい。

■ アレルギーはありますか？

なし
 あり お薬() 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()

■ 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)

■ 女性の方へ
 ・ 妊娠している可能性は？ あり なし
 ・ 授乳中ですか？ はい いいえ