

整形外科問診票

ID

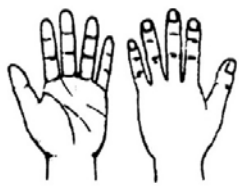
令和 年 月 日

ふりがな		男・女	歳	大昭平令	年	月	日生
受診者名				年	月		
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()						
スポーツ歴	野球・テニス・ゴルフ・バレーボール・マラソン・その他()					年数	年
介護度 (判定がある方のみ)	申請無し 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) ケアマネさんの事業所又は氏名:						
利用中の介護サービス	利用未 デイサービス週()回 デイケア週()回 ヘルパー週()回 訪問看護週()回						

1.本日はどのような症状で来院されましたか。

()

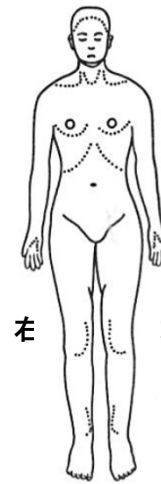
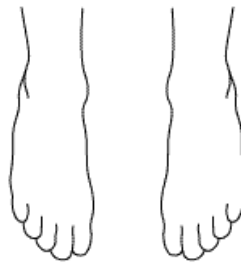
2.症状のある部位はどこですか。右もしくは下の図の該当箇所に ○を付けて下さい。



左手

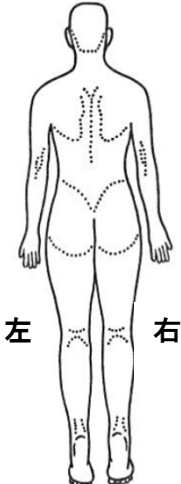


右手



右

左



左

右

3.いつごろから症状が出てきましたか。

(年 月 日頃から)

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか。

()

5.今回の症状で他の医療機関を受診されていますか。

(はい ・ いいえ)

()病院・医院

治療内容 : 投薬・注射・物療・その他() 検査:レントゲン・MRI・その他()

6.体内に何か金属が入っていますか。 (はい ・ いいえ)

ペースメーカー ・ 人工内耳 ・ その他()

7.現在治療中の病気はありますか。 (はい ・ いいえ)

病名()

8.血液をサラサラにする薬(抗凝固薬)を何か飲まれていますか。 (はい ・ いいえ)

ワーファリン ・ バファリン ・ バイアスピリン ・ プラビックス ・ プレタール ・ アンブラーグ
エパデール ・ その他()

9.サプリメントを飲んでいますか。(はい ・ いいえ)

➡「はい」と答えた方、どのようなサプリメントですか。()

10.過去に大きな病気及び入院や手術をしたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

病名 ()

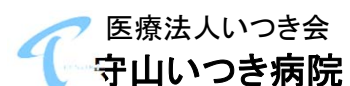
12. 薬剤や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。(はい ・ いいえ)

薬・注射 ()食べ物()

13. 現在かかりつけの歯科はありますか。(はい ・ いいえ) 病院名:()

14. 当院をどのようにお知りになりましたか。紹介()

ホームページ・口コミ・パンフレット・その他()



医療法人いつき会

守山いつき病院

※※女性のかたのみお答えください※※

現在 妊娠中、授乳中、妊娠の可能性ありますか。(はい・いいえ) 閉経はしていますか。(はい・いいえ)