

# 整形外科問診票

ID

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	大昭平令	年	月	日生
受診者名			歳	年	月	日生
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。

( )

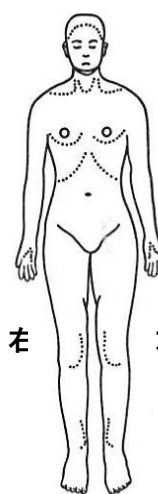
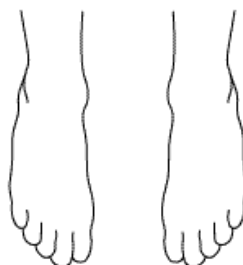
2.症状のある部位はどこですか。右もしくは下の図の該当箇所  
所に ○を付けて下さい。



左手

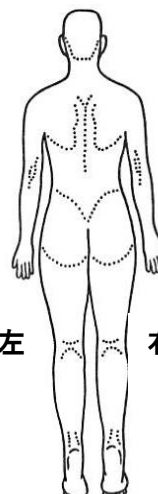


右手



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・アンプラーグ  
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

※女性の方のみお答えください※

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