

整形外科問診票

受診日 年 月 日

お名前 () 年齢 () 才 職業 ()
身長 (c m)
体重 (k g)

1. 痛い所はどこですか？ ○をつけて下さい。

- | | |
|--------------------|--------------------|
| *首 (くび) | *しりもちをついてお尻が痛い |
| *肩 (かた) (左・右) | *太もも (左・右) |
| *肘 (ひじ) (左・右) | *膝 (ひざ) (左・右) |
| *手首 (てくび) (左・右) | *ふくらはぎ (左・右) |
| *手の指 (てのゆび) (左・右) | *足首 (あしくび) (左・右) |
| *腰 (こし) | *足 (あし) (左・右) |
| *股関節 (こかんせつ) (左・右) | *足の趾 (あしのゆび) (左・右) |
| *背中 (せなか) | *その他 |

2. いつごろから痛いですか？症状をお書きください。

(いつ・どこで・どんなふうになって・どうなったかをお書きください。)

記入例：(1週間ほど前、家の外で転んで腰を打撲した。その後から右足にしびれがある。)

3. 下の質問にお答えください。

- *薬のアレルギーはありませんか？ (あり・なし)
- *胃潰瘍 (いかいよう) はありませんか？ (あり・なし)
- *喘息 (ぜんそく) はありませんか？ (あり・なし)
- *心臓 (しんぞう) の病気はありませんか？ (あり・なし)
- *頭 (あたま) の病気はありませんか？ (あり・なし)
- *<女性の方>へ 現在妊娠の可能性がありますか？ (あり・なし)

4. 当院 (対馬病院) 以外の病院でお薬をもらって飲んでいる方は、必ず教えてください。一緒に飲んではお薬などがございますので、よろしく願い致します。

*ご不明な点がございましたら、お気軽におたずねください。