

整形外科外来 問診表

【事務記入欄】 日付: 年 月 日 ID

労災	自賠	予定本日自費	警察用診断書 要・不()	83	スポーツ
他院からの方へのプリントお渡し 済・未			当院でのXP 可・否	今後当院での治療希望 有・無	
フリガナ		男・女	身長/体重	cm/ kg	
氏名		様	お電話		
			携帯		
生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)		介護保険	なし/申請中/支 1・2/介 1・2・3・4・5	
ご住所	〒				
お勤めの方	事務職・営業職・サービス業・専業主婦・その他() 主に立ち仕事・主に座り仕事・肉体労働・歩くことが多い				
学生の方	(学校名) 大・高・中・小 (部活・習い事)				

[1] 診察を希望する場所を右の図に示してください

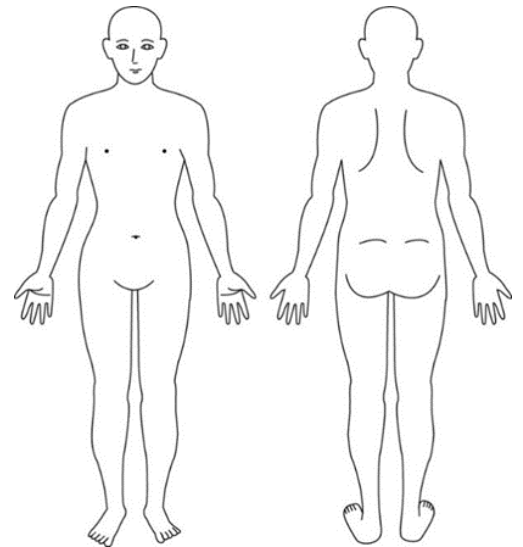
[2] 原因となった状況は次のうちどれですか？

外傷・怪我によるものですか？ [はい・いいえ]

[工作中(労災) ・ 通勤中(通勤災害) ・ 交通事故]

[学校管理(学業・部活) ・ その他()]

具体的にどんな症状ですか？ 思い当たる原因はありますか？



※顎から上部は他科の診察になります。受付までお申し出ください。

その症状はいつからですか？

[年 月 日から]

[3] 今回のことに対して治療を受けたことがありますか？

[ない・ある] →ある方は場所、内容を記入してください

[場所: 病院・診療所・整骨院・往診・その他]

[内容: 投薬・注射・リハビリ・電気治療・牽引・マッサージ・針灸・その他]

[4] 次の疾患で現在治療を受けている、または過去に治療を受けたことがありますか？

[なし・不整脈・喘息・高血圧・糖尿病・てんかん・心疾患・腫瘍・肝炎・脳血管疾患]

病名 []

[5] 体内に金属はありますか？

[ない・ある (手術のクリップ・人口骨頭や関節・プレート・ペースメーカー)]

[6] 薬のアレルギーがあったり、皮膚がかぶれ易かったりしますか？

[ない・ある (薬品名:)]

[7-2] お薬手帳はありますか？ [ない・ある (薬名:)]

[7] 現在妊娠していますか？ [いいえ・はい・わからない・可能性あり]

[8-2] または授乳中ですか？ [いいえ・はい]

[8] 歯の治療などで麻酔をかけたことがありますか？

[はい・いいえ・わからない・麻酔が体に合わないと言われたことがある]

[9] 本院(北柏すごう整形外科)を何で知りましたか？

[チラシ・バスの放送・知人の紹介・他院からの紹介・ホームページ・電話帳・その他]

[10] 連絡を取りたい場合、上記の連絡先にお電話を差し上げてよろしいですか？

[はい・いいえ (希望連絡先:)]