

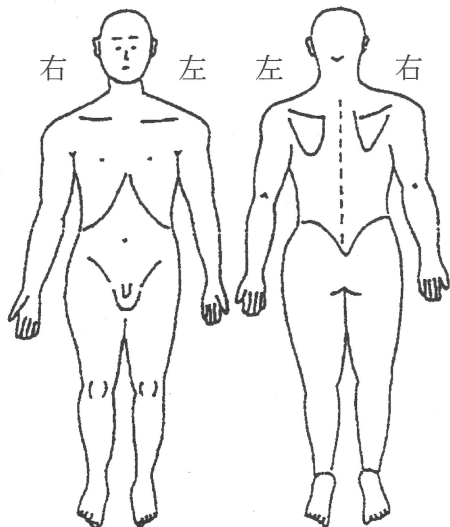
整形外科問診表

年 月 日 呼出番号 ()

氏名 () 年齢 (才) 身長 (cm) 体重 (kg)

初めての方 (初めての症状の方) はこちらをご記入ください

- ① 症状のある部位はどこですか？
下記に印をつけて必ず症状を記入してください。
- ② いつからですか？ 【 】
- ③ 考えられる原因はありますか？
なし・あり 【 】
- ④ 今回の症状について他の医療機関にかかれたことはありますか？
いいえ・はい
いつ () どこで ()
診断名 ()
紹介状 あり・なし フィルム・CD-ROM あり・なし
- ⑤ 現在治療中の病気はありますか？
なし・あり：高血圧・糖尿病・狭心症・不整脈・悪性腫瘍
呼吸器疾患・その他 ()
- ⑥ 今まで大きな病気やけがをされたことはありますか？
いいえ・はい ()
- ⑦ 今までに薬や注射で具合がわるくなったことがありますか？
いいえ・はい ()
- ⑧ お仕事を教えてください。
()
- ⑨ 妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい
- ⑩ 金属アレルギーはありますか？ いいえ・はい
- ⑪ あてはまる場合はチェックしてください。
 労災 (お工作中的のケガ) 交通事故



症状：いたみ, しびれ, はれ

前回と同じ症状の方はこちらをご記入ください

1. 受診した医師は誰ですか？
仁平医師 桑沢医師 北村医師 楊医師 小林医師 その他の医師 ()
2. 症状の経過を教えてください。 ※必ずお書きください
 良くなっている 悪くなっている 変わらない
3. 受診理由
 経過を見せにきた 骨密度測定希望
 検査結果を聞きに来た (採血・レントゲン・CT・MRI・その他)
 薬のみほしい 注射のみ希望 リハビリのみ 点滴 処置
 診断書を書いてほしい 紹介状を書いてほしい (宛名)
 その他 ()
4. お薬で体調に変化はありますか？ ない・ある ()
5. その他気になる事、聞きたい事などありますか？

ご協力ありがとうございました。