

# 整形外科 問診票

記入日

年 月 日

ふりがな

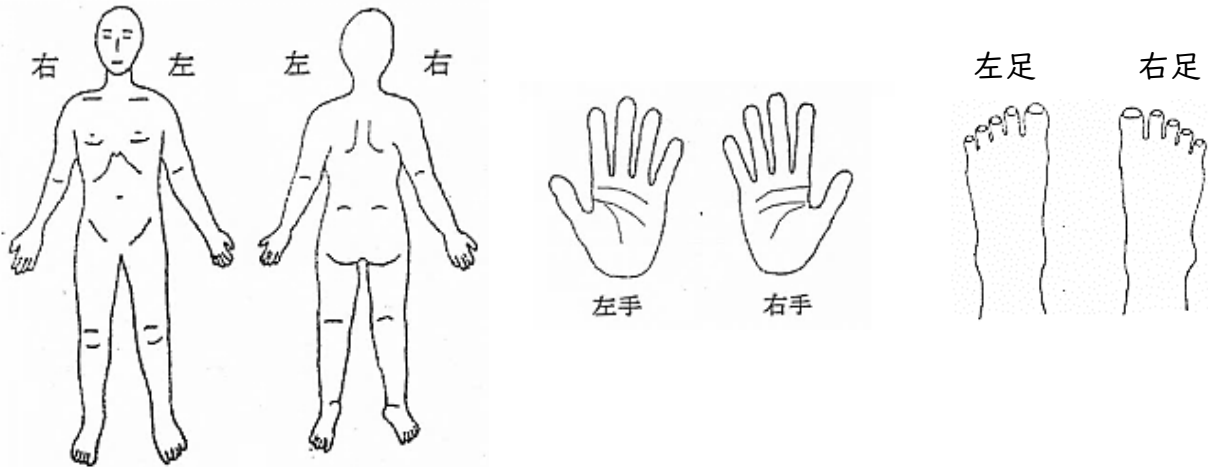
付添 無・有

氏名

様 歳 (男・女)

(ご関係 )

診察希望部位に○をつけてください



・いつ頃からどのような症状がありますか？

・症状のきっかけや思い当たる原因はありますか？

(いいえ ・ はい → )

・現在の症状に対して何か検査、治療をしましたか？

(いいえ ・ はい → )

・今まで手術したことはありますか？

(いいえ ・ はい → 部位: )

・体に金属は入っていますか？

(いいえ ・ はい → 部位: )

今まで治療した、または現在治療中の病気はありますか？ ○をつけてください

- ・脳梗塞・脳出血・緑内障・白内障・狭心症・心筋梗塞・不整脈・高血圧・高脂血症
- ・糖尿病・肺の病気・喘息・肝臓の病気・膵臓の病気・腎臓の病気・認知症・前立腺肥大
- ・精神の病気 ・がん(部位 ) ・その他( )

・当院以外で普段飲んでいる薬はありますか？(無・有)

・お薬手帳はありますか？(無・有)

・血をサラサラにする薬を飲んでますか？(無・有)

・ペースメーカーを装着していますか？(無・有 )

・薬・食物・その他のアレルギーはありますか？(無・有 )

・タバコは吸いますか？(吸わない・吸う 本/日 才から・吸っていた )

・アルコールは飲みますか？(毎日飲む ・ たまに飲む ・ 飲まない)

・妊娠又はその可能性(無・有) ・授乳中(無・有)