

整形外科問診票

紹介状 あり・なし
 持参フィルム あり・なし
 お薬手帳 あり・なし

ID

フリガナ

職業:

お名前

男・女 生年月日

(才)

〒

TEL:

住 所

携帯 TEL:

身長(cm)

体重(kg)

喫煙 あり(本/日)・なし

1. いつごろから、どのような症状でお困りですか? いつごろから()

・症状は 痛み・変形・腫れ・しびれ・その他()

きっかけ、原因はありますか?

交通事故・工作中的けが・スポーツ・その他()

2. 現在あるいは過去に、この症状で治療を受けていますか?

いいえ・はい()

3. 現在治療中、又は今までにかかった病気を○で囲んで下さい

高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・胃潰瘍・喘息・肝臓病・腎臓病・痛風・リウマチ・緑内障

高脂血症・その他()

4. 現在服用しているお薬はありますか?(お薬手帳があればご提示下さい)

いいえ・はい()

5. 過去に怪我や病気で手術または治療を受けたことがありますか?

いいえ・はい()

6. 今までに薬や食品・ゴム手袋・金属などでアレルギーを起こしたことがありますか?

いいえ・はい(お薬・食べ物などの名前→)

7. 1~2ヶ月の間に採血、レントゲン検査されましたか?

採血(いいえ・はい【持参有・持参無】) レントゲン(いいえ・はい【持参有(部位)・持参無】)

本日検査・レントゲンデータが持参ない場合は検査させていただくことがあります。ご了承ください。

8. 女性の方へ

現在妊娠中ですか? はい・いいえ

現在授乳中ですか? はい・いいえ

9. 当院をどのようにお知りになりましたか?

インターネット・他院紹介・知人紹介(紹介者)・その他()

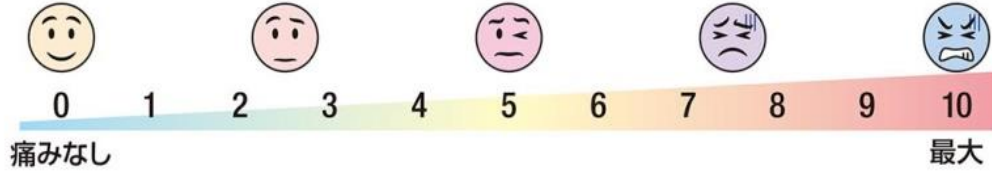
裏にも問診があります。

痛み・しびれ記入シート

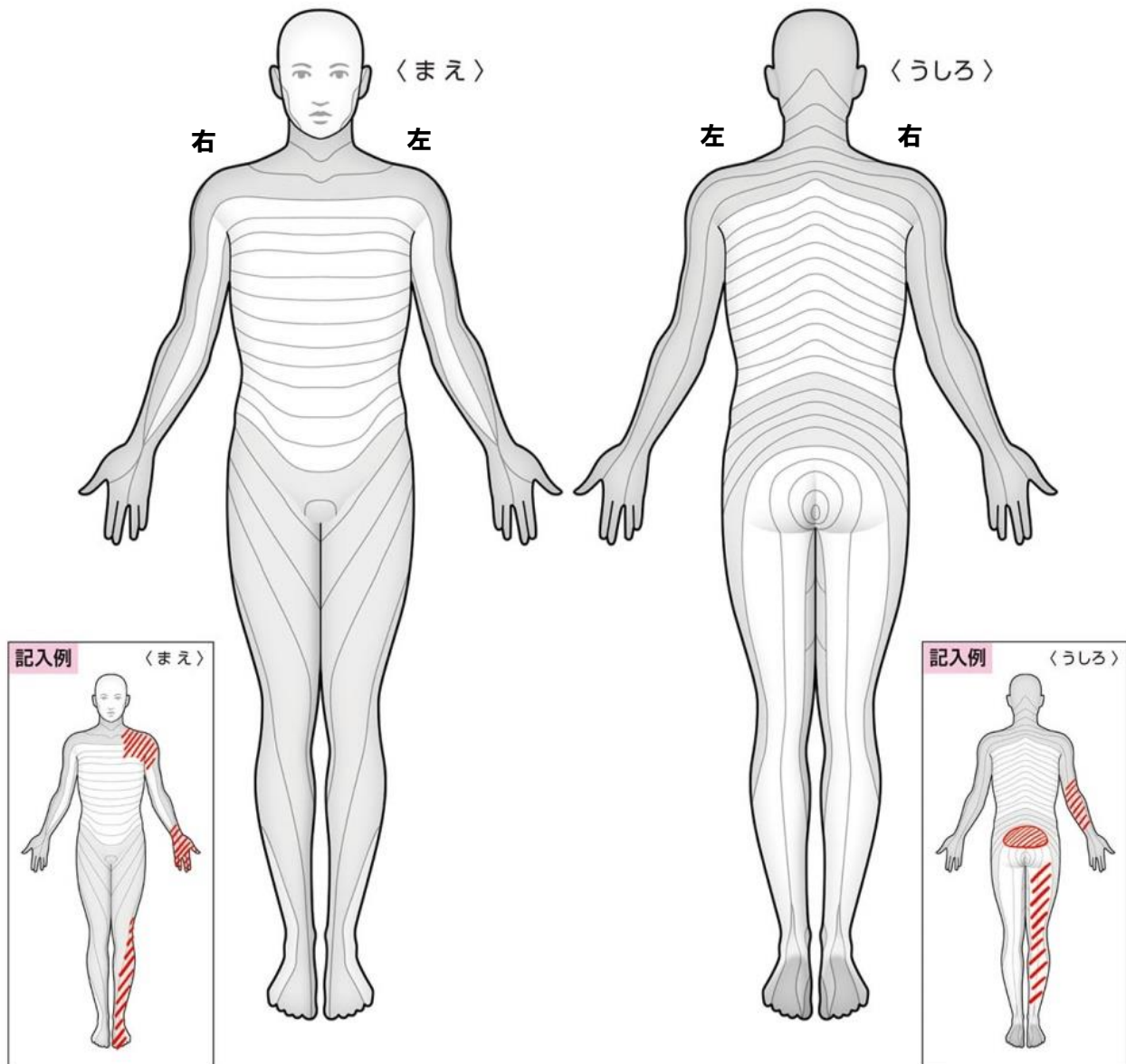
監修：富山大学附属病院 整形外科 診療教授 川口善治

年 月 日：お名前

①最大の痛みを10とすると、痛みの程度・強さは、どのくらいですか？○でかこんでください。



②痛みやしびれを感じる場所に斜線を記入してください。



医療機関名：

たなかペインクリニック

