

整形外科・外科 初診問診票

西暦 20 年 月 日

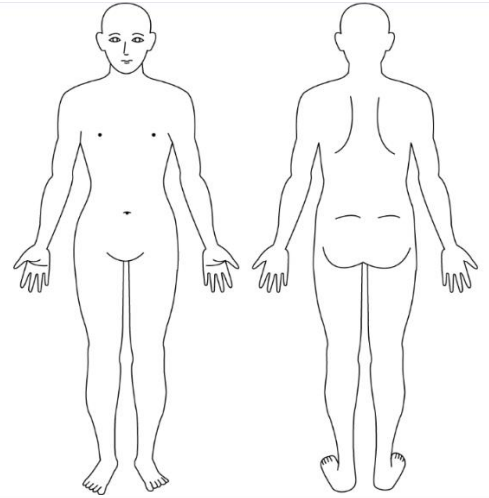
\*[個人情報保護法]に基づき差し支えない範囲内でお答えください。

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 ( ) 才 職業 (過去も含 )  
身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？  
\*該当する症状に○を付けてください

\*症状のある部位に○印を付けてください

- |         |       |       |
|---------|-------|-------|
| 痛みがある   | しびれる  | 感覚が鈍い |
| 動きが悪い   | 腫れている | 歩きにくい |
| 歩けない    | 傷がある  |       |
| 吐き気がある  | 疲れやすい | 浮腫がある |
| その他 ( ) |       |       |



2. その症状はいつ頃からですか？

3. その症状を他の病院で診てもらいましたか？

- 1) なし  
2) あり→病院名 ( )  
紹介状をお持ちですか？: あり ・ なし  
そこでは何と言われましたか？ ( )

**4. 現在を含め、1週間以内に発熱や呼吸器に関する症状がありましたか？**

- 1) なし 2) あり→いつから、どのような症状ですか？ ( )

5. 整形外科受診の方へ 今まで何かスポーツをされていましたか？

- 1) なし 2) あり ( )

6. 今までにかかった病気や、受けた手術はありますか？

- 1) なし  
2) あり→病名 ( ) 年 月頃  
病名 ( ) 年 月頃  
手術 ( ) 年 月頃

7. 現在治療中の病気はありますか？

- 1) なし  
2) あり→病名 ( ) 年 月頃

8. アレルギーはありますか？

- 1) なし  
2) あり→薬品アレルギー ( )  
食品アレルギー ( )  
その他: 喘息・花粉症・アトピー・ゴム・金属 ( )

9. 現在服用している薬はありますか？

\*お薬手帳等を持参されている方は、コピーをとらせていただきますので記入は不要です。  
お薬手帳等以外に内服されている薬品があれば、記入してください。

- 1) なし 2) あり→薬 ( )

10. 生活習慣についてお尋ねします。該当するものに○印を付けてください。

- 1) 便通 → 回/日 普通 ・ 下痢 ・ 便秘  
2) 排尿 → 回/日 夜間特に多い 夜 ( ) 回  
3) アルコール → 飲まない 飲む (時々 ・ 回/週 ・ 毎日 種類: 量: ml)  
4) 喫煙 → 吸う 1日 本 才から 吸わない (以前吸っていた 本/日 才頃やめた)

11. 女性の方へ 現在、妊娠の可能性は？

- 1) なし 閉経 ( 才)  
2) あり→妊娠 週 最終月経 ( 年 月 日 )  
3) 不明