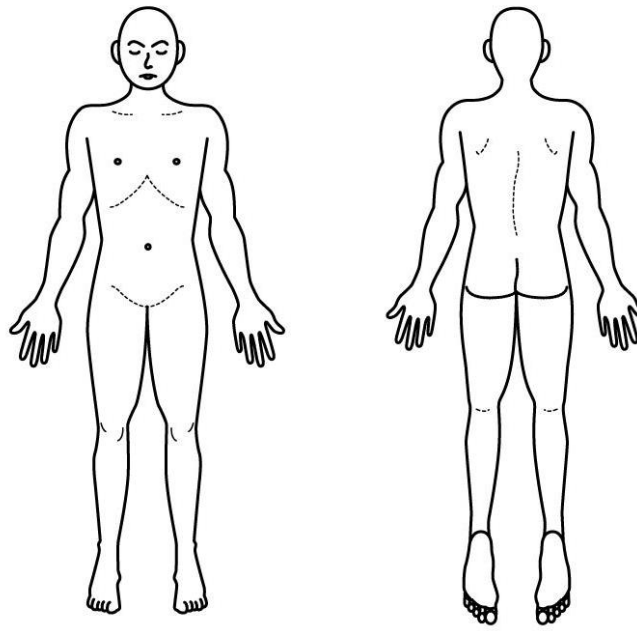


# 整形外科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 -		
電話番号		携帯電話	

<p>どのような症状ですか？</p> <p>痛い しびれる 動きにくい 腫れている 何かできている つっぱる 傷がある 捻挫 ぶつけた やけど その他（ ）</p> <p>症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年前から</p> <p>症状が出たきっかけは何ですか？</p> <p>転倒 落ちた ぶつけた ひねった 運転中 切った はさんだ 交通事故 工作中 原因不明 その他（ ）</p> <p>今回の症状で他の病院を受診されましたか？ いいえ はい（ ） 医院</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい</p> 
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ なし あり（ ）	
現在、治療中の病気はありますか？    なし    あり（ ）	
現在、飲んでいるお薬はありますか？    なし    あり（ ）	
喫煙、飲酒について教えてください	
喫煙： 吸わない 吸う（    本/日×    年間） 禁煙した（    年前から。それまで喫煙（    本/日×    年間））	
飲酒： 飲まない 飲む（週    日） 種類・量（    ）	
お薬・食べ物のアレルギーはありますか？    なし    あり（    ）	
※女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、また授乳中ですか？ いいえ はい（ 妊娠中    妊娠の可能性あり    授乳中）	
当院をどちらでお知りになりましたか？ インターネット    看板    知人    通りがかり    その他（    ）	
骨粗鬆症検査を受けたいと思いますか？ 受けたい    受けたくない    骨粗鬆症であれば受けたい    わからない	