

整形外科問診票(初診)

ID _____ 氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢(_____ 才)身長(_____ cm)体重(_____ kg)

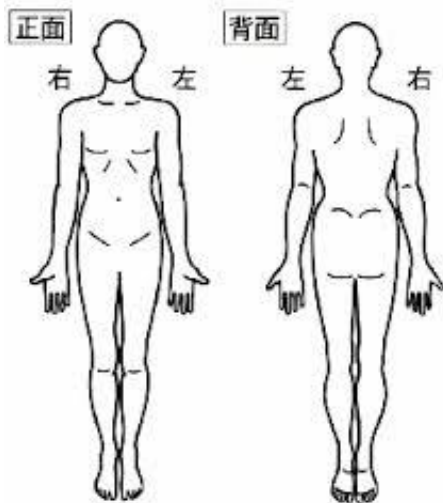
①病状のある部位はどこですか？

下図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今回の症状で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(_____)

病院名(_____)

診断名(_____)

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・白内障

呼吸器疾患・その他(_____)

⑥今までに大きな病気やけがをされたことがありますか？

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？

ない・ある(_____)

⑧お仕事を教えてください。(_____)

⑨女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ ない・ある

⑩介護認定についてお聞きします。

介護認定をお持ちですか？

持っていない・要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)

症状:痛い しびれる 傷がある
はれている 動かしにくい
その他(_____)