整形外科問診票 （再診）以前同じ症状で整形外科を受診された方の問診票です

ID　　氏名　　記入日　　年　　月　　日

①前回受診されたのはいつごろですか？

おぼえていない　1年以上前　半年以上前　3ヶ月以上前　1ヶ月くらい前

2週間位前　先週　その他（　　）

②症状の経過を教えてください。※必ずお書きください。

かわらない　よくなった　痛い　しびれる　動かしにくい　はれている　傷がある

その他（　　）

③お薬で体調に変化はございますか？

ない　胃腸症状（具体的に　　）

口内炎ができた　味覚がない　かぶれてしまった　その他（　　）

④診療についてご希望、聞きたいことなどございますか？

薬処方　注射　検査結果を聞きにきた（採血・レントゲン・MRI・CT・その他）

点滴　骨密度検査　その他（　　）

◎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 ）