

整形外科／脊髄外科問診票

受診日 _____

紹介状 あり・なし ROM あり・なし

交・労予・通予

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳 男・女

携帯 _____

住所 (〒 _____) _____ 電話 _____

※以下の質問事項にお答え下さい。

- ・当院に受診するのは、初めてですか? はい・いいえ (久しぶりの来院)
- ・交通事故ですか? はい・いいえ 受傷日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
警察用診断書 要・不要
- ・お仕事中的お怪我ですか? はい・いいえ 会社名 _____
- ・通勤途中のお怪我ですか? はい・いいえ 会社の電話番号 _____

※現在の介護度を教えてください (未申請・申請中・自立：要支援 I・II、要介護 I・II・III・IV・V)

1. 本日はどのような症状で来院されましたか?

(痛い・しびれる・はれ・動きが悪い・おもい・力が入らない)

その他 (_____)

*症状のある部位はどこですか? 右図へご記入下さい →

いつごろから症状は出てきましたか?

(_____)

2. 症状が出てきたきっかけ・原因は何ですか?

(_____)

今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください。

(_____) 病院・医院・クリニック

3. 現在治療中の病気があればお答えください。

高血圧・糖尿病・心臓病 (狭心症・不整脈など) 脳卒中

・腎臓病・喘息・胃潰瘍・その他 (_____)

身長 _____ cm / 体重 _____ kg

現在服用中の薬の名前 (_____)

*お薬手帳・薬の説明書: あり (診察時、先生にみせて下さい) ・ なし

4. 過去に怪我や病気で手術を受けた事がありますか? ペースメーカー装着 あり・なし

病名 (_____) : _____ 年 (_____) : _____ 年

5. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。

ある: 薬 (_____) 食べ物 (_____) ・ ない

女性の方へ : 妊娠している可能性がありますか? はい・いいえ

: 授乳中ですか? はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。この問診票の個人情報厳正に保管されます。

