

整形外科問診票

NSサイン

(ふりがな)

性別：男 ・ 女 年齢 () 歳

お名前

身長 () cm 体重 () kg

※ 以下の該当する項目に☑を入れて下さい

年 月 日

1, 紹介状はお持ちですか はい (当院 ・ 他院) いいえ

2, 診て欲しいところはどこですか

右の絵にしるしをつけてください →

3, どうされましたか

 動作時に痛みがある じっとしていても痛みがある しびれがある はれている できものがある 熱感がある その他 ()

4, その症状はいつからですか

月 日 頃から

5, 考えられる原因はありますか ない ある

*あると答えられた方は、原因を詳しくご記入ください

[]

 工作中的の負傷 (労災 ・ 公災) 交通事故

6, 職業 () 仕事の内容 ()

7, スポーツ歴 () を () 年

8, 現在、治療中の病気がありますか

 ない ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病 その他 ()

9, 普段飲んでいる薬はありますか

 ない ある → 心臓の薬 血をかたまりにくくする薬 その他 ()

10, 今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか

 ない ある ()

11, 薬・注射などでアレルギー症状が出たことがありますか

 ない ある ・ 薬 (注射) () ・ どんな症状 ()

12, アレルギー体質といわれたことがありますか

 ない ある ()

13, 介護保険の申請をして認定を受けていますか

 いいえ はい → 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 (1・2) 申請中14, 1ヶ月以内に渡航歴がありますか ない ある ()

※ 女性の方のみご記入ください

・ 現在妊娠中ですか はい いいえ ・ 現在授乳中ですか はい いいえ