

# 整形外科外来 問診表 **新患・再来初**

【事務記入欄】 日付: 年 月 日 ID 【物指示箋】 有・無

フリガナ	男・女	身長/体重	cm/ kg
氏名	様( 歳)	お電話	
		携帯	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	介護保険	なし/申請中/支 1・2/介1・2・3・4・5
ご住所	〒		
お勤めの方	事務職・営業職・サービス業・専業主婦・その他( ) 主に立ち仕事・主に座り仕事・肉体労働・歩くことが多い		
学生の方	(学校名) 大・高・中・小 (部活: ) (習い事: )		

【1】 診察を希望する場所に○印をつけてください ※顎から上部は他科の診察になります。

【2】 いつから症状が出てきましたか(直近で)  
年 月 日 [2~3日前・1週間前・1か月前]

【3】 症状が出たきっかけ、原因はなんですか(どこでどうしましたか)  
( )  
原因不明 労災(工作中・通勤中)交通事故 [警察用診断書 要・不]

【4】 現在どのような症状がありますか  
痛み しびれ 腫れている 熱感がある 内出血 傷がある  
( )

【5】 今回の症状が出てから当院に来院するまでに他の医療機関  
整骨院を受診または治療しましたか。  
いいえ ・ はい⇒ [医療機関名 ]  
[診断名 ]

何をしましたか?⇒お薬・注射・レントゲン・CT・MRI・リハビリ【最終受診月: 年 月 日】

【6】 次の疾患で現在治療を受けている、または過去に治療を受けたことがありますか?  
[なし・喘息・高血圧・糖尿病・腫瘍・心臓疾患・不整脈・脳血管疾患・胃十二指腸潰瘍・肝炎・てんかん]  
病名 [ ]

【7】 体内に金属はありますか?  
[ない・ある (手術のクリップ・人工骨頭や関節・プレート・ペースメーカー・ステント) ]

【8】 薬のアレルギーがあったり、皮膚がかぶれ易かったりしますか?  
[ない・ある (薬品名: ) ]

【9】 現在服用しているお薬はありますか?  
[ない・ある (薬品名: ) ]

【10】 現在妊娠していますか? [いいえ・はい・可能性あり] または授乳中ですか? [いいえ・はい]

【11】 歯の治療などで麻酔をかけたことがありますか?  
[はい・いいえ・わからない・麻酔が体に合わないと言われたことがある]

【12】 本院(北柏すごう整形外科)を何で知りましたか?  
[知人の紹介・他院からの紹介・ホームページ・電話帳・その他]

【13】 連絡を取りたい場合、上記の連絡先にお電話を差し上げてよろしいですか?  
[はい・いいえ (希望連絡先: ) ]

【14】 傷害保険の診断書を依頼する予定はありますか?  
[ はい ・ いいえ ・ わからない ]

