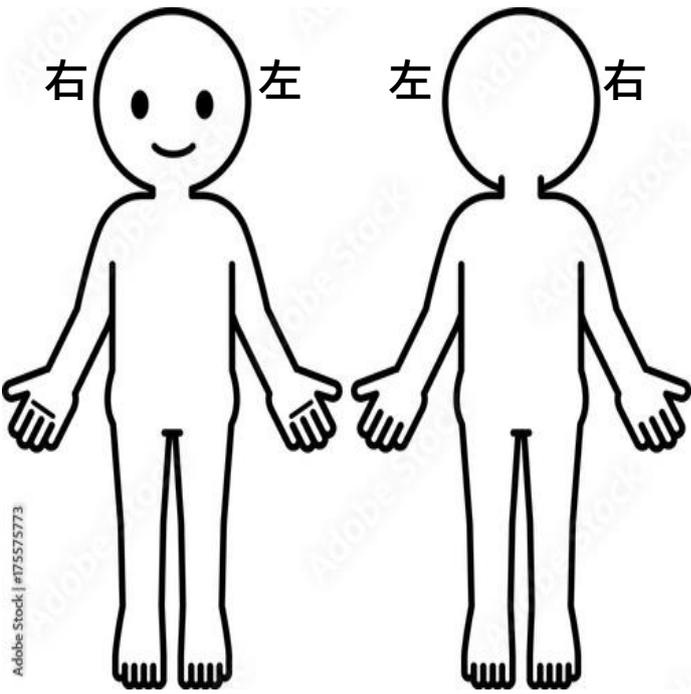


ID _____

いよかい整形外科問診票

受付番号： _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| ふりがな： | 男・女 | 生年月日： | 身長： |
| 氏名： | 年齢： | 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 体重： |
| | | 介護保険認定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 住所：〒 _____ | | | |
| 携帯電話番号： | | 固定電話番号： | |
| お薬手帳： <input type="checkbox"/> 持参(受付に渡してください) <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> 持っていない ※忘れた方は現在飲んでいるお薬を書いてください。 | | | |
| (_____) | | | |
| 薬のアレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名： _____) | | | |
| 食物のアレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食物名： _____) | | | |

| | |
|---|---|
| <p>どのような症状ですか？</p> <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> 何かできている <input type="checkbox"/> つっぱる <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> その他(_____) | <p>※症状のある部位に○をつけてください。</p>  |
| <p>症状はいつ頃からありますか？</p> 約(_____)日前・週前・ヶ月前・年前から | |
| <p>症状が出たきっかけは？</p> <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 落ちた <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> はさんだ <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> 運動中(内容： _____) <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 学校・仕事中 <input type="checkbox"/> 通学・通勤中 | |
| <p>今回の症状で他の病院を受診されましたか？</p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(いつ： _____ 医院： _____) | |
| <p>過去の病気・手術歴は？</p> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いつ： _____) (病名： _____) (病院： _____) | <p>人工股関節置換術を受けたことはありますか？</p> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いつ： _____) (手術した病院： _____) |
| <p>現在治療中の病気はありますか？<input type="checkbox"/>なし<input type="checkbox"/>あり(_____)</p> | |
| <p>※女性の方へ：<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中 <input type="checkbox"/>該当なし</p> | |
| <p>当院をどちらでお知りになりましたか？<input type="checkbox"/>インターネット<input type="checkbox"/>通りがかり<input type="checkbox"/>知人(_____)<input type="checkbox"/>その他</p> | |