

問 診 票（整形外科）

フリガナ

お名前

性別：男・女 年齢 才

生年月日 年 月 日

【現在の体温： °C】

1. 女性の方へ質問です。現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

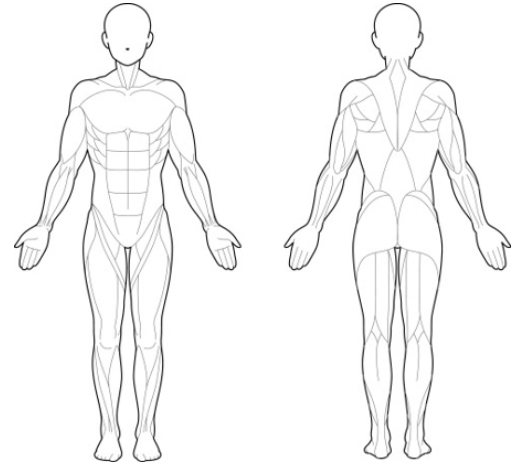
いいえ はい [週] 妊娠の可能性あり 授乳中ですか？ いいえ はい

*妊娠中・妊娠の可能性のある方・授乳中の方は、検査・治療に影響がある可能性があるため、お手数ですが診察時にも医師に直接お伝えをお願いします。

2. 紹介状、画像 CD などはお持ちですか？ いいえ はい→ 受付へお出してください

3. 本日はどのような症状で来院されましたか？

[]



4. 右の図で具合の悪いところに○印をつけてください。

5. いつごろから症状がでてきましたか？

[]

6. 症状が出たきっかけ・原因はありますか？原因となった日はいつですか？ いいえ はい→ (きっかけ・原因、原因となった日)

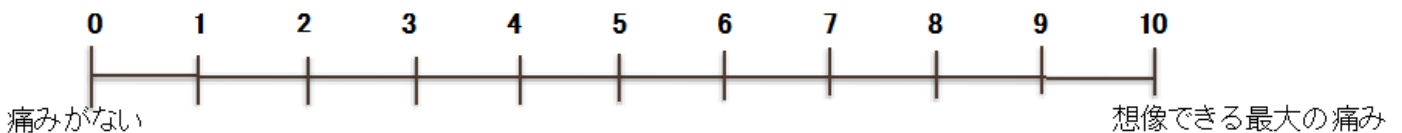
[]

7. その症状は悪くなってきてますか？改善してきてますか？ 悪化 改善 ほぼ同じ状態

8. 今回の症状で他の医療機関を受診されてますか？ いいえ はい→ (医療機関名・検査内容・治療内容)

[]

9. 全く痛みない状態を 0、想像できる最大の痛みを 10 とすると現在の痛みの程度はいくつですか？



*転倒や事故、運動中の怪我などの明確な原因がある怪我の方は 10~13 は省略して頂いて大丈夫です。

10. 睡眠時も痛みや症状がありますか？ いいえ 寝返りで痛み 寝返りをしなくても痛み
痛みで寝れない

11. 体を動かさなくても常時痛みや症状がありますか？ いいえ 少し痛み 強い痛み

12. 痛みや症状が強くなる時間帯はありますか？ いいえ はい

[]

13. 痛みや症状が強くなる動きや動作はありますか？ いいえ はい

[]

問 診 票 (整形外科)

フリガナ
お名前

性別：男・女 年齢 才 身長 cm
生年月日 年 月 日 体重 kg

1. 現在治療中や経過観察中の病気や怪我はありますか？

いいえ はい→高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 胃・十二指腸潰瘍 潰瘍性大腸炎
クローン病 乾癬 ぶどう膜炎 骨粗鬆症 その他

2. 過去に通院や治療を終えた病気や怪我はありますか？ いいえ はい→ (病名、いつ頃 (年齢))

3. 過去に病気や怪我で手術をしたことがありますか？ いいえ はい→ (病名、いつ頃 (年齢))

4. 現在飲んでいる薬はありますか？ いいえ はい

※紙のお薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付に提出をお願いします。

電子のお薬手帳の方や、お薬手帳をお持ちでない方はご記入をお願いします。

薬剤名

5. アレルギーはありますか？ いいえ はい→該当するものにご記入ください

薬 [薬剤名
・不明] 消毒薬 [薬剤名
・不明]
食べ物 [食品名
] 金属
ラテックス (ゴム類) その他 [名称
]

アレルギー登録 入力者_____

6. 現在お仕事はされておりますか？ いいえ はい→ (お仕事内容、週〇日)

(学生の方は学年の記入をお願いします)

7. 何か運動、スポーツをしていますか？いいえ はい→ (運動・スポーツ名、週・月 〇回)

8. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数選択可)

ご家族・友人などの紹介 佐々総合病院からのご案内 西東京中央病院からのご案内
その他のクリニック・病院からのご案内 当施設 (ONE FOR ALL) の他部所からのご案内
インターネット検索 SNS 当院のホームページ 看板を見て チラシ・ポスターを見て
地域の広報誌など 地域公開講座で知った 通りがかり (偶然知った)
その他 ()