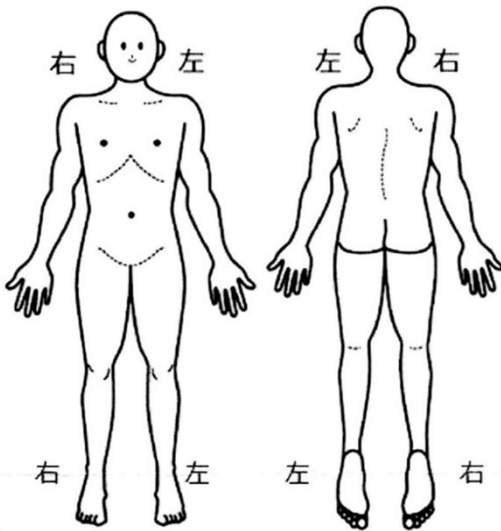


問診票（整形外科）

記入日 西暦 年 月 日 カルテNo. _____

ふりがな				性別	男性 ・ 女性
お名前	_____ さま				
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	年齢 満 歳
身長・体重	身長	_____ cm		体重	_____ kg
住所	〒 _____ - _____				
電話番号	自宅 (_____) - _____		携帯 (_____) - _____		
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要支援 1、2 要介護 1、2、3、4、5)				

①症状のあるところ○印をつけて下さい。



②具体的に、どのような事があり
どのような症状が出ていますか？

③それはいつ頃からですか？

_____ 月 _____ 日頃から

④今までに指摘された病気についてお聞かせください。 なし あり
 ありの方は該当項目にチェックをお願いします。
ぜんそく 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病
高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病 慢性関節リウマチ
その他 (_____)

⑤今現在、服用中の薬はありますか？ なし
 ※お薬手帳があればご提出下さい。 あり→ (薬品名: _____)

⑥過去にお薬や歯科の麻酔、食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）
 を起こしたことはありますか？ なし あり (_____)

⑦女性の方は・・・妊娠の可能性はありますか？ なし あり
 最終月経 _____ 月 _____ 日から ・ _____ 閉経している

⑧骨密度測定をしたことがある なし ある (_____ 年 _____ 月)

★当科・当院を知ったきっかけは何でしょうか？ ※複数回答可
他科も含め通院中 家族・知人の紹介 ホームページやネット検索・SNSなど
DAITO TIMEやチラシなど 他医療機関からの紹介(紹介元: _____)
その他 (_____)