整形外科　問診票

来院日：平成　　年　　月　　日

ＩＤ番号

氏　名		男 女	身長	ｃｍ	体重	ｋｇ
職　業		スポーツ歴	（　　年）			

１．いつからお困りですか

年　　月　　日　頃から

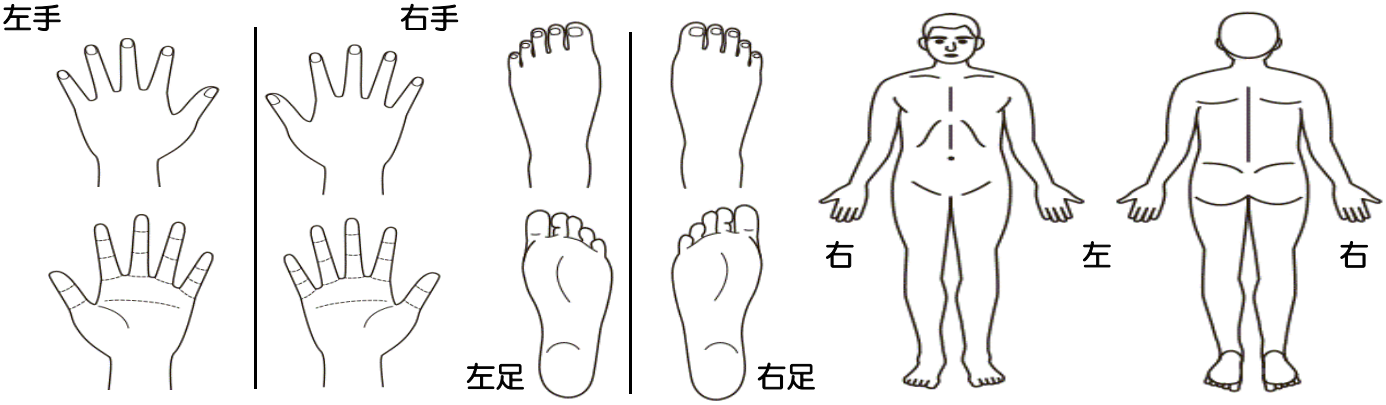
２．発症原因に心当たりはありますか

☐ 交通事故　☐ 仕事中の怪我　☐ スポーツ
☐ 転倒した　☐ ぶつかった　☐ ひねった
☐ その他（　　）

３．どのような症状ですか

☐ 痛い　☐ しびれる　☐ 腫れている　☐ 動きが悪い　☐ その他（　　）

４．症状がある部位はどこですか　**図の中に○をつけてください**



☐ 症状の引き続き治療　☐ お薬が無くなった　☐ 証明書・診断書等の希望

この症状で、治療を受けたことはありますか　☐ いいえ　☐ はい（　内容　：　　）

現在飲んでいるお薬はありますか　☐ いいえ　☐ はい（ お薬手帳　：　☐ あり　☐ なし ）

飲んでいるお薬（　　）

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

☐ 喘息　☐ 高血圧　☐ 心臓病　☐ 糖尿病　☐ 肝臓病　☐ 腎臓病　☐ 前立腺肥大
☐ 痛風　☐ 緑内障　☐ 胃潰瘍　☐ 脳梗塞　☐ リウマチ　☐ その他（　　）

お薬や食べ物のアレルギーはありますか

お　薬　：　☐ いいえ　☐ はい　お薬名　：　　症 状：
食べ物　：　☐ いいえ　☐ はい　食べ物名　：　　症 状：

タバコは吸いますか

☐ 現在も吸っている　☐ 以前吸っていた　☐　吸わない
１日の喫煙本数（　　本）×　喫煙年数（　　年）

３ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか

☐ いいえ　☐ はい：国名（都市まで）：（　　）
期間：　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日まで

女性の方のみお答えください

妊娠中ですか　：　☐ いいえ　☐ はい（ 妊娠：　　ヶ月 ）　☐ 可能性がある
授乳中ですか　：　☐ いいえ　☐ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。

（HP用）　大船中央病院　整形外科外来 20180601