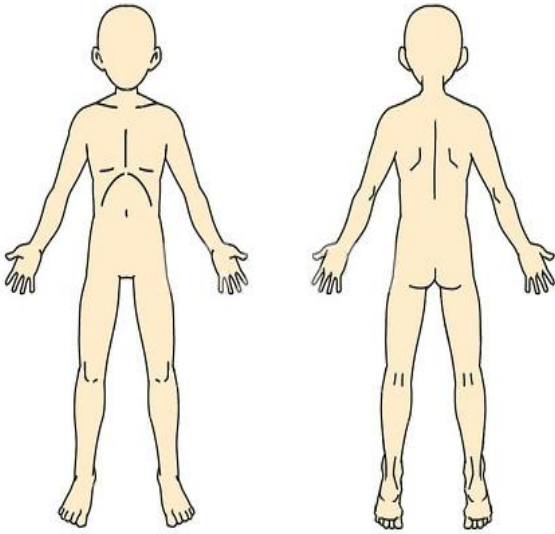


【 整形外科問診票 】

平成 年 月 日

氏 名		男 ・ 女	才
-----	--	-------	---

1. わるいところに○印をつけて下さい。



2. それはいつごろからですか？

平成 年 月 日から

(年 ・ カ月 ・ 週間 ・ 日まえから)

3. どのような症状ですか？

4. 症状のおこりかたは？ (急に ・ ゆっくり)

5. はっきりした原因はありますか？

(ころんだ、重い物をかかえたなど)

6. それはお工作中または交通事故ですか？

はい (通勤中 ・ 勤務中 ・ 交通事故) ・ いいえ

7. それに対する治療はうけましたか？

はい () 病院 ・ 接骨院 くすり (ある ・ なし)

注射 (ある ・ なし) その他 () ・ いいえ

8. 手術を受けたことがありますか？ (ある ・ ない)

ある方は： 歳時、何の手術ですか？

9. 今までにかかった病気に○印をつけて下さい。

高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ コレステロールの病気 ・ 痛風 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・

胃腸病 ・ 婦人科の病気 ・ その他 () ・ なし

10. 現在のんでいるくすりはありますか？ (ある ・ ない)

どこの病院からもらっていますか？ ()

※おくすりやおくすり手帳をお持ちのかたは、看護師にお見せ下さい。

11. 食べ物やくすりや注射でのアレルギーはありますか？ . . . (ある ・ ない)

ある方は：なにで？ 、どうなりましたか？

12. たばこやお酒はお好きですか？

①たばこ：のむ (一日 本、 年前から) ・ のまない

②お酒：のむ (日本酒 ・ 焼酎 ・ ビール ・ ウイスキー：一日 本) ・ のまない

13. 女性の方のみお答え下さい。

①妊娠の可能性はありますか？ (ある ・ ない)

②授乳中ですか？ (ある ・ いいえ)