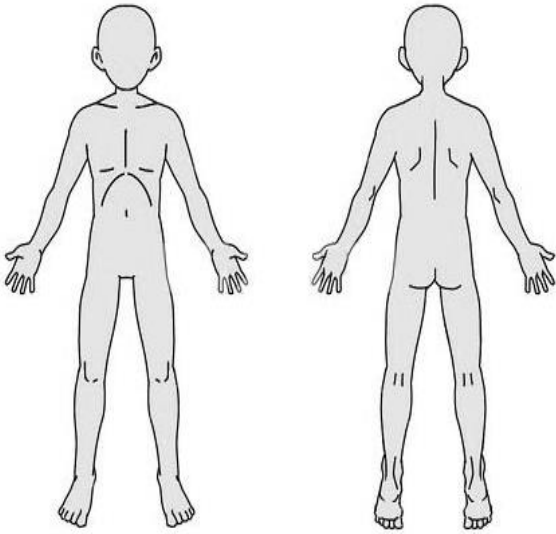


【 整形外科・問診票 】

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？

_____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)