

# 西新発田整形外科クリニック

## 整形外科問診票

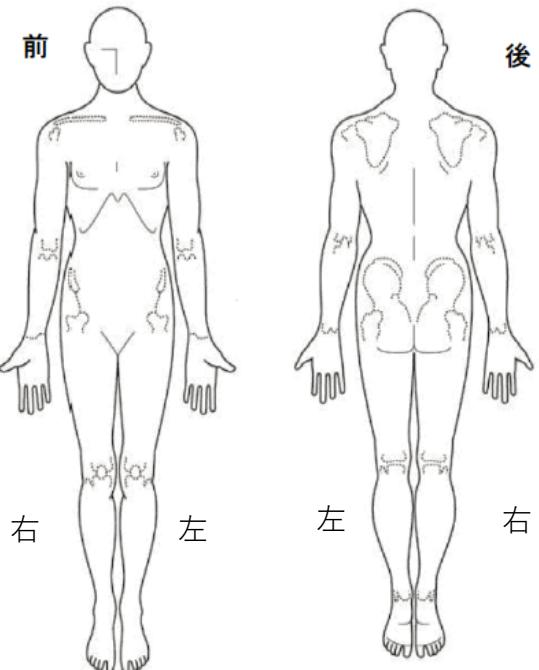
ふりがな お名前	性別 男・女	年齢 歳	ID 令和 年 月 日			
			生年月日 大・昭・平・令 年 月 日			
ご住所	〒 一			電話		
				携帯		
				緊急連絡先		
お仕事	事務・営業・販売業・力仕事・立ち仕事・手仕事・無職・その他 ( )					
スポーツ	野球・サッカー・テニス・ゴルフ・バスケットボール・バーボール・バドミントン・卓球・マラソン・その他 ( )					
	身長 cm	体重 kg				

■どのような症状で来院されましたか?

どこが ( )

- 痛い しびれる 力が入らない 音がする  
はれている おもい つっぱる 動きが悪い  
こわばる

悪いところに○をつけてください。



■今回の症状の原因は?

交通事故 仕事中のけが スポーツ その他  
( )

■その症状が出たのはいつ頃からですか

( 年 月 日から)

■痛みはどのような時起きますか?

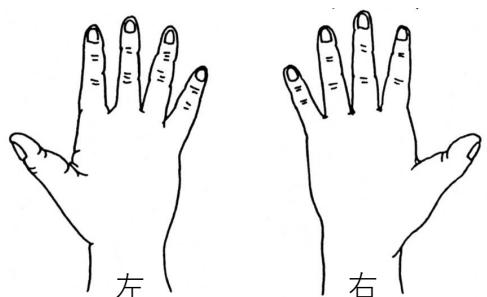
( )

■今回の症状に関して治療を受けたことがありますか?

はい→(病院名)  
治療内容: お薬 注射 リハビリ その他  
いいえ

■現在治療中、または今までにかかったことのある病気を  
○でかこんでください。

高血圧 ( 才) 糖尿病 ( 才) ぜんそく ( 才)  
胃潰瘍 ( 才) 心臓病 ( 才) 腎臓病 ( 才)  
肝臓病 ( 才) リウマチ( 才) 脳梗塞・脳出血 ( 才)  
痛風 ( 才) その他 ( 才)  
ペースメーカーの装着 (有・無)



■アレルギーはありますか?

いいえ  
はい→くすり ( ) お食事 ( )  
麻醉 造影剤 金属類 ゴム製品 アトピー性皮膚炎 その他 ( )

■今までに手術を受けたことがありますか?

ある場合は いつ、どのような手術を受けられましたか?

なし あり ( )

■女性の方へ

- ・妊娠の可能性はありますか? はい いいえ
- ・現在、授乳中ですか? はい いいえ

■現在お薬を飲んでいますか?

いいえ はい お薬手帳またはお薬をお持ちの方はお出しください

■アルコール 飲まない 飲む (種類: 週に 回 · 1回 ml )

■たばこ 吸わない 吸う (1日 本、約 年間)

■介護保険に関して

利用している 利用していない

利用している場合→要支援: 1, 2 要介護: 1, 2, 3, 4, 5

