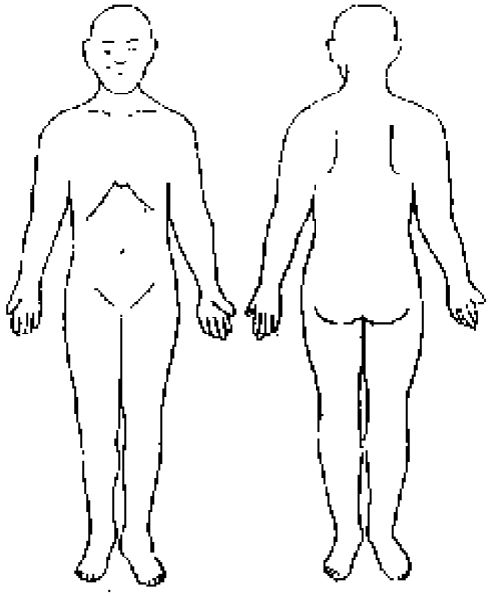
初　診　問　診　表（整形外科）

記入日　平成　　年　　月　　日

ふりがな
お名前　　様　　年齢　　歳　　男　・　女

身長　　ｃｍ　　体重　　ｋｇ



１．本日はどうされましたか？下記に○をしてください。

交通事故　　仕事中　　自分で

詳しく記入願います。

いつ頃＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

どこを（右の絵に詳しく記入してください）

どうされましたか？　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．今まで当院に受診されたことがありますか？

はい　　年　　月頃　　いいえ

３．今までに次の病気にかかられたことがありますか？

あてはまるもの全てに○をしてください。

①高血圧　②心臓病　③糖尿病　④腎臓病　⑤肝臓病　⑥脳出血

⑦脳梗塞　⑧胃・十二指腸潰瘍　⑨胆石　⑩痛風　⑪リウマチ

⑫喘息　⑬緑内障　⑭じんましん　⑮膠原病　⑯その他＿＿＿＿＿＿

⑰特になし

４．３に○のあった方　現在治療中ですか？出来るだけ詳しく記入願います。

はい（病名　　）　いいえ

薬を飲んでいますか？　はい（薬品名　　）　いいえ

５．薬・注射・他のアレルギーはありますか？　はい（　　）　いいえ

６．特に希望があれば○をつけてください。

①レントゲン検査等	a　希望する	b　場合によって	c　希望しない
②ＣＴ検査等	a　希望する	b　場合によって	c　希望しない
③ＭＲＩ検査等	a　希望する	b　場合によって	c　希望しない
④血液検査等	a　希望する	b　場合によって	c　希望しない

⑤その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７．女性の方へ　　現在妊娠していますか？　　はい　　わからない　　いいえ

８．あなたが悪性疾患と診断されたときは告知を希望されますか？　はい　　いいえ

９．医師に相談したいこと、検査等があれば遠慮なくご記入ください。

医師確認欄＿＿＿＿＿＿＿＿