

# 初診問診表(整形)

整形外科を受診の方は  
こちらへご記入下さい

記入日 平成 年 月 日

ふりがな うの たろう  
お名前 宇野 太郎 様 年齢 76 歳 男 ・ 女  
身長 156 cm 体重 60 kg

1. 本日はどうされましたか? 下記に○をしてください。

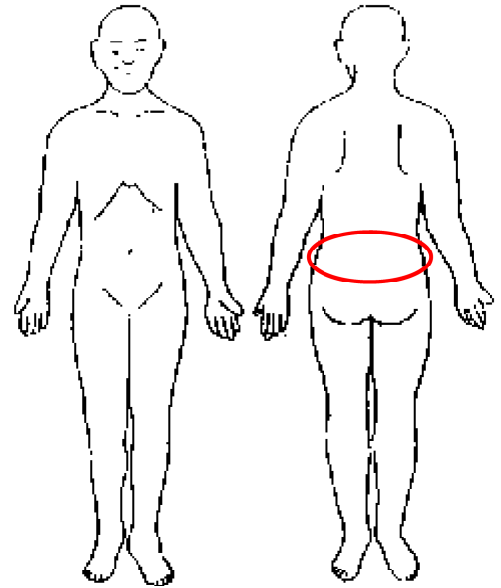
交通事故 工作中 自分で

詳しく記入願います。

いつ頃 昨日

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? 転んで尻餅をついた



2. 今まで当院に受診されたことがありますか?

はい 23 年 1 月頃 いいえ

3. 今までに次の病気にかか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。

- |  |                                    |  |                               |                                |                               |
|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ①高血圧 | <input type="checkbox"/> ②心臓病      | <input checked="" type="checkbox"/> ③糖尿病 | <input type="checkbox"/> ④腎臓病 | <input type="checkbox"/> ⑤肝臓病  | <input type="checkbox"/> ⑥脳出血 |
| <input type="checkbox"/> ⑦脳梗塞            | <input type="checkbox"/> ⑧胃・十二指腸潰瘍 | <input checked="" type="checkbox"/> ⑨胆石  | <input type="checkbox"/> ⑩痛風  | <input type="checkbox"/> ⑪リウマチ |                               |
| <input type="checkbox"/> ⑫喘息             | <input type="checkbox"/> ⑬緑内障      | <input type="checkbox"/> ⑭じんましん          | <input type="checkbox"/> ⑮膠原病 | <input type="checkbox"/> ⑯その他  |                               |
| <input type="checkbox"/> 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 高血圧と糖尿病) いいえ

薬を飲んでいますか? はい (薬品名 グラクティブ、ディオバン) いいえ

5. 薬・注射・他のアレルギーはありますか?

はい (そば、スギ花粉) いいえ

6. 特に希望があれば○をつけてください。

- |                                    |  |  |   |
|------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ①レントゲン検査等 | <input checked="" type="checkbox"/> a 希望する | <input type="checkbox"/> b 場合によって            | <input type="checkbox"/> c 希望しない            |
| <input type="checkbox"/> ②CT検査等    | <input type="checkbox"/> a 希望する            | <input checked="" type="checkbox"/> b 場合によって | <input type="checkbox"/> c 希望しない            |
| <input type="checkbox"/> ③MRI検査等   | <input type="checkbox"/> a 希望する            | <input checked="" type="checkbox"/> b 場合によって | <input type="checkbox"/> c 希望しない            |
| <input type="checkbox"/> ④血液検査等    | <input type="checkbox"/> a 希望する            | <input type="checkbox"/> b 場合によって            | <input checked="" type="checkbox"/> c 希望しない |
| <input type="checkbox"/> 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。

歩けないので、骨折していないか調べて欲しい。

医師確認欄