

# 整形外科初診問診票

ID

平成

年

月

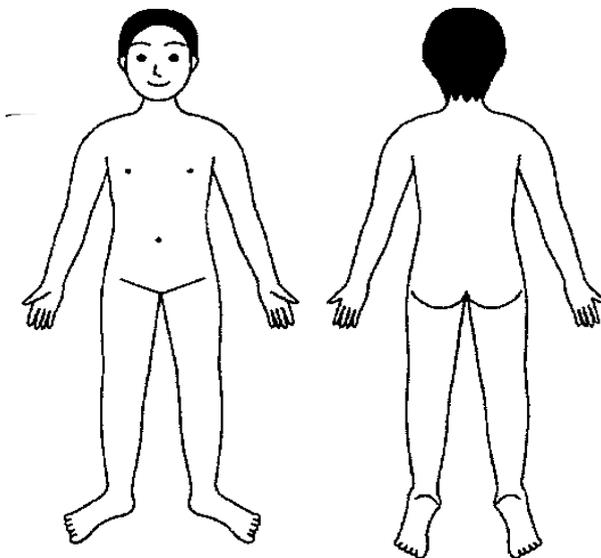
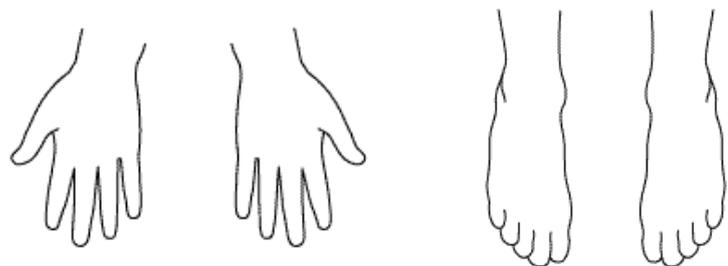
日

ふりがな				性別	男・女
受診者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	歳
住所	〒				
連絡先	( )	—	携帯	—	—

1.本日はどのような症状で来院されましたか。

( )

2.症状のある部位はどこですか。右もしくは下の図の該当箇所に ○を付けて下さい。



3.いつごろから症状が出てきましたか。

( 平成 年 月 日頃から )

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか。

( )

5.今回の症状で他の医療機関を受診されていますか。 ( はい・いいえ )

( )病院・医院

治療内容 : 投薬・注射・物療・その他( )

検査 : レントゲン・MRI・その他( )

6.体内に何か金属が入っていますか。 ( はい・いいえ )

ペースメーカー・人工内耳・その他( )

7.現在治療中の病気はありますか。 ( はい・いいえ )

病名( )

8.血液をサラサラにする薬(抗凝固薬)を何か飲まれていますか。 ( はい・いいえ )

ワーファリン・バファリン・バイアスピリン・プラビックス・プレタール・アンプラーグ・エパデール・その他( )

9.過去に大きな病気及び入院や手術をしたことがありますか。 ( はい・いいえ )

病名( )

10.薬剤や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。 ( はい・いいえ )

薬・注射 ( ) 食べ物 ( )

※女性の方のみお答えください※

○現在、妊娠中、授乳中、妊娠の可能性ありますか。 ( はい・いいえ )

妊娠中・授乳中・可能性あり



医療法人いつき会

守山いつき病院