

検温結果 を記載して下さい

℃

整形外科問診票

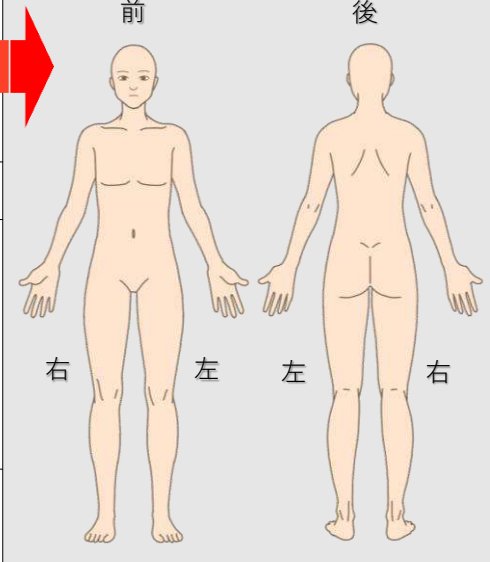
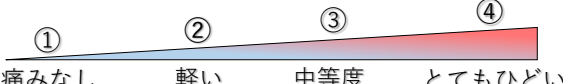
受診日 を記載して下さい

令和 年 月 日

❖ 正しい治療を行うための参考にいたしますので、✓ 又はご記入をお願いいたします ❖

はい・ いいえ 1週間以内に37度以上の発熱がありましたか？

はい・ いいえ 3日以内に家庭内・学校・職場等で新型コロナ陽性者の方いましたか？

※カタカナで記載 名前(ナマエ)		性別 男・女	年齢 歳	身長 cm	体重 Kg
職業(内容)	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 販売業 <input type="checkbox"/> その他(力仕事・立ち仕事・手仕事・運転・)				
スポーツ歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 野球 <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> その他()				
紹介状・画像などの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
どのような症状ですか？ ※該当する項目すべてに✓ ※右図に症状のある部位を○で囲んで下さい。	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 痛みはないが、力が入らない <input type="checkbox"/> その他()		※ 部位を○で囲んで下さい 前 後  右 左 左 右		
いつ(何日前)からですか？	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> _____ (日・週・ヶ月・年)前より				
原因は、ありますか？ ※具体的に記載して下さい。	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> わからない (具体的に記載)				
痛み(症状)は、どの程度ですか？ ※①～④を○で囲んで下さい	 ① ② ③ ④ 痛みなし 軽い 中等度 とてもひどい				
今回の受診でご希望されることは、なんですか？	<input type="checkbox"/> 症状の緩和 <input type="checkbox"/> 精密検査 <input type="checkbox"/> 手術希望 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他()				
今までにかかった病気や治療中の疾患は、ありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 癌・悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> 心療内科疾患() <input type="checkbox"/> その他()				
体内に金属などが入っていますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> 整形手術金属 <input type="checkbox"/> アートメイク・刺青 <input type="checkbox"/> その他()				
何か薬を飲んでいますか？ ※ありの方は→*項目も	<input type="checkbox"/> なし ※お薬手帳をお持ちの方は、ご用意下さい <input type="checkbox"/> あり→*血液をサラサラにする薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない				
薬や麻酔のアレルギーありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 薬のアレルギーがある(薬名) <input type="checkbox"/> 麻酔のアレルギーがある(いつ、どんな時)				
※(女性の方のみ)※ 妊娠中又は授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中(月) <input type="checkbox"/> 妊娠可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中				
診断書を希望されますか？	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する → (警察・保険会社・会社・)				
当院をどのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介(病院名) <input type="checkbox"/> 以前に当院に受診歴・入院歴あり <input type="checkbox"/> その他()				

【備考(ご質問など)】