

整形外科予診票

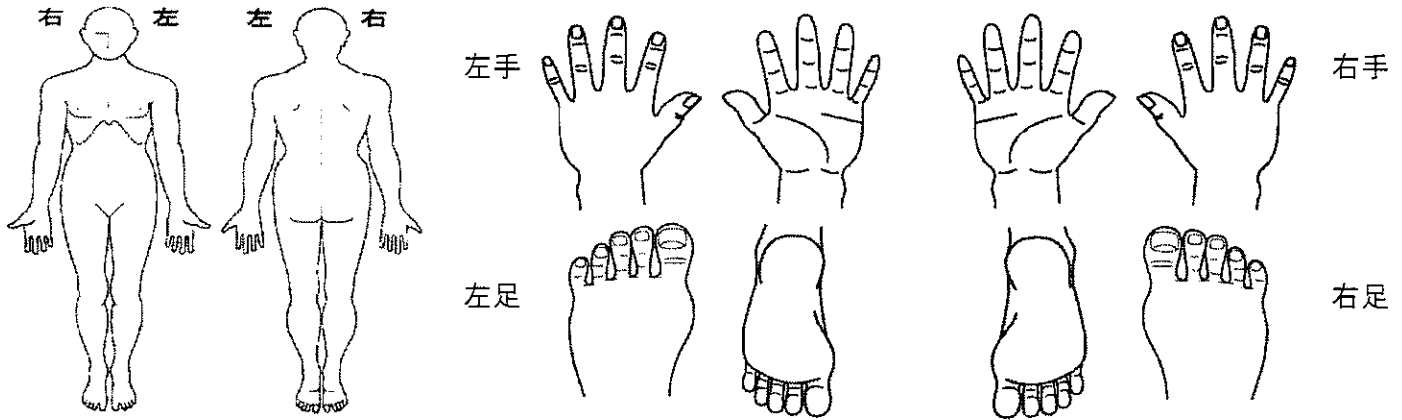
I D

フリガナ 名前		男 女	付き添われた方は？ 【ご家族・他・連絡先】
住所	〒(-)	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日()歳
電話番号		マイナ保険証の持参	有 ・ 無

マイナ保険証で受診の方は ①②をご記入ください。

①診療情報(服用歴・健診歴などの)	同意 ・ 同意しない	②直近1年間で検診歴	有 ・ 無
-------------------	------------	------------	-------

1.症状がある部分に○をつけてください。(本日すべての部位を診察できない場合があります。)



2.今回の症状で一番お困りの時を 10 とすると、今日のお困りの程度はいくつと表現できますか？



3.どのような症状で来院されましたか？ ○をつけて下さい。

- ・痛み ・しびれ ・腫れ ・違和感 ・動きが悪い ・切った ・他()

4.いつからですか？

今日 ・()日前から ・()カ月前から ・()年前から

5.きっかけは？

- ・転倒 ・打撲 ・捻った ・疲労 ・事故 ・不明 ・他()

6.どのような時に症状が出ますか？

- ・寝ている時 ・起床時 ・起き上がる ・立ち上がる ・座っている時 ・階段昇降 ・安静時
・歩行時 ・伸ばした時 ・曲げた時 ・動かした時

7.今回の症状を他院で受診していますか？ ・無 ・有 (・他院名)

8.既往歴

- ・肩こり 【 無 ・ 有 】 ・頭痛 【 無 ・ 有 】 ・腰痛 【 無 ・ 有 】
・入院 又は 手術歴 【 無 ・ 有 (病名) 】
(・いつ頃 ・医療機関 ・治療内容)
・薬や食品でのアレルギー 【 無 ・ 有 () ・不明 】

9.他の医療機関から処方された薬などの服用をしていますか？ 服用なし ・ 服用あり
(薬剤名： 用量： 投薬期間)

10.【女性の方へ】現在、妊娠している可能性はありますか？ 【 無 ・ 有 (週目) ・授乳中]

11.帰宅希望 【 無 ・ 有 (時) 】