

受診日

きみづか整形外科問診票

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 月 日 歳

〒 _____
住 所 _____

職業 _____

固定電話 _____

携帯電話 _____

※下記のご質問にお答えください。

1. 右の図で症状のある部位に○をしてください。

2. どのような症状で来院されましたか？

- 痛い しびれる 腫れ 動きにくい
- その他 (_____)

3. いつ頃から症状は出てきましたか？

_____ 月 日 _____ 週間前 _____ ヶ月前 _____ 年前

4. 症状が出たきっかけ・原因はなんですか？

- 交通事故 ①自己日または受傷日： _____ 月 _____ 日
- 労災 ②他医を受診しましたか？ はい いいえ

※警察・会社等への診断書が要る方は先生に申し出てください。

- スポーツ (_____)
- その他 (_____) 特に原因なし

※保育園、学校での怪我は日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象になります。受付にお申し出ください。

5. 現在、治療中の病気をお答えください。

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳梗塞 腎臓病
- 痛風 喘息 胃潰瘍 その他 (_____) なし

6. 現在、内服している薬をご記入ください。お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

なし 内服中のお薬 (_____)

7. 過去にけがや病気で手術を受けた事がありますか。

- なし ある 手術名 (_____ : 昭・平・令 _____ 年) 手術名 (_____ : 昭・平・令 _____ 年)
- 手術名 (_____ : 昭・平・令 _____ 年) 手術名 (_____ : 昭・平・令 _____ 年)

8. 薬や食べ物でアレルギーはありますか。

なし ある 薬 (_____) 食べ物 (_____)

※女性の方へ

- 妊娠中 (_____ ヶ月) 授乳中

※下記の検査のご要望について、ご要望がございましたら、欄にチェックしてください。

*患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

骨密度測定 (骨粗鬆症など心配な方)・・・骨の強さや骨年齢の検査を行い必要に応じて治療します。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付まで提出ください。

きみづか整形外科

