

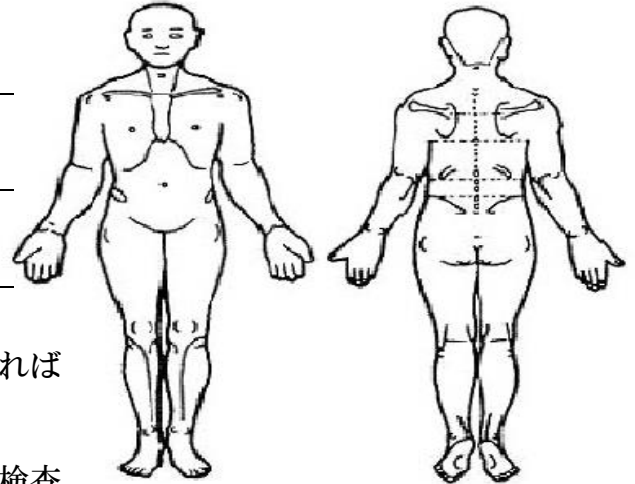
※本紙は、受診時に保険証と一緒に総合窓口にご提出下さい。

問 診 票（整形外科）

身長（ c m ） 体重（ k g ）
お名前 _____ 職業（ ）

1. 本日はどのような症状で受診しましたか。

※症状の部位に○をつけて下さい



X線検査を施行しますが、その他下記の検査希望があれば○をつけて下さい。（ご不明な点はクリニックへ）

・MRI 検査（予約制） ・リウマチ検査 ・骨粗鬆症検査

2. 以下の項目に当てはまる場合は、○をつけて下さい。

・交通事故 ・労働災害（仕事中的ケガ) ・通勤災害（通勤中のケガ)

3. 症状はいつ頃からでしょうか。事故、ケガの場合は、日時を記入してください。

4. 症状の発現に考えられる誘因、きっかけがあればご記入下さい。

・特に誘因なし ・転倒 ・ぶつける ・姿勢 ・使い過ぎ ・重たい物をもった
・その他 _____

5. 現在の症状で他の病院を受診しましたか。

ある場合（いつ） _____ （どこで） _____

6. 過去に整形外科の手術を受けたことはありますか。

・ない・ある どのような _____

7. 現在治療中の病気に○をつけて下さい。

・糖尿病 ・高血圧 ・胃腸障害 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・精神的な病気
・その他 _____

8. アレルギーや薬の副作用はありますか。（薬・注射・湿布・アルコール綿・天然ゴム（ラテックス））

・ない ・あり
（薬剤名や項目： _____）

9. 女性の方は○をつけて下さい。

・なし ・妊娠中 ・授乳中 ・妊娠の可能性あり

10. 来院前1週間以内にバリウム検査を受けたことがありますか。

・なし ・あり（ 月 日）