※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（　　ｃｍ）　体重（　　ｋｇ）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職業（　　）

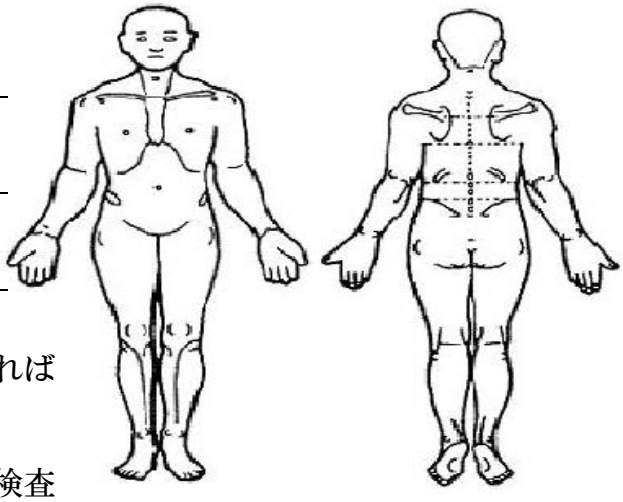
１．本日はどのような症状で受診しましたか。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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（仕事中のケガ）　　・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．過去に手術を受けたことはありますか。

・ない・ある　どのような＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７．今までにかかった、あるいは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週間の間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）