

整形外科 問診票

医療法人 やつか整形外科内科

No. 令和 年 月 日

ふりがな			生年月日
氏名	男 女	(歳)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
住所	〒	携帯 (本人・家族)	-
		緊急連絡先 (自宅・家族)	-

身長 _____ cm

体重 _____ kg

職種 _____

血圧 (/)

※具合の悪い部分に○をつけてください

1. どのような症状ですか
 - 痛み 腫れ しびれ 鈍痛
 - その他 (_____)

2. それはいつからですか
 - 本日 昨日
 - 年 月 日 時頃

3. 考えられる原因はなんですか
 - 原因【 _____ 】
 - スポーツ【 _____ 】
 - 【例：歩行中捻った・椅子にぶつけた・階段で転倒・転落等】

4. お仕事または交通事故でのお怪我ですか いいえ はい※はいの方は裏面もご記入下さい

5. 上記の症状で他院を受診しましたか 受診していない 現在も受診している
 - 受診した 病院名 (_____) 紹介状・データ 有 無
 - どのように言われましたか? (_____)

6. 今までにかかった病気や受けた手術・現在治療している疾患はありますか
 - いいえ はい 糖尿病 心疾患 腎疾患 脳疾患 その他 (_____)

7. 現在お薬は飲んでいますか いいえ はい ※お薬手帳を受付にご提示ください
 - お薬手帳をお忘れの際はご記入下さい (内服薬名 _____)

8. 薬で副作用がでた事がありますか いいえ はい (薬品名 _____)

9. 体内金属・ペースメーカー・プレートなどは入っていますか いいえ はい
 - ※はいの方へ 病名 (_____) 手術日 (_____ 年 月 日)

- # 現在、担当のケアマネージャーさんはいらっしゃいますか いいえ はい

- # 訪問リハビリ・デイサービス 施設名【 _____ 】

- # (女性の方) 現在、妊娠していますか? いいえ わからない(疑いあり) はい