

いちはら整形外科問診票

①

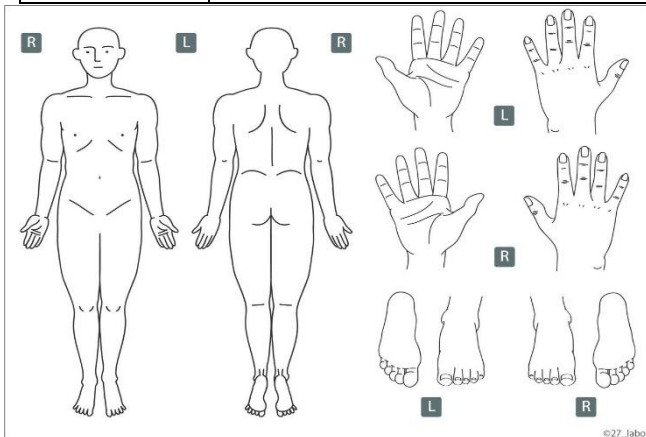
令和 年 月 日

フリガナ			
患者氏名			様
			男 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 (歳)
住所	〒 - TEL ()		
緊急連絡先	氏名	続柄 ()	TEL ()
◎学校・保育園・幼稚園でのお怪我ですか？	はい	いいえ	
◎交通事故によるお怪我ですか？	はい	いいえ	
◎工作中・通勤途中のお怪我（労災）ですか？	はい	いいえ	

② どうされましたか？

いつから	年 月 日 時頃 ・ 不明	原因は
------	---------------	-----

どこが？ 下の図に○	症状 : 痛み・しびれ・腫れ・熱感・変形・動かしにくい・こわばり・傷・出血 その他 ()
---------------	--



・現在治療中の病気はありますか？

ない	ある	病名は？ 高血圧 糖尿病 喘息 心臓疾患 その他 ()
----	----	------------------------------

・これまでにかかった大きな病気、手術はありますか？

ない	ある	病名は？	手術歴は？
----	----	------	-------

・現在飲んでいる薬はありますか？

ない	ある	
----	----	--

・薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ない	ある	具体的に
----	----	------

・たばこは吸いますか？

いいえ	はい	1日の本数は () 本	期間は () 年
-----	----	--------------	-----------

・お酒は飲みますか？

いいえ	はい	頻度は () /週	・ 1日どれくらい ()
-----	----	------------	---------------

・(女性の方のみ) 妊娠中あるいはその可能性、または授乳中の有無は？

いいえ	はい	何か月ですか？ () ・ 授乳中
-----	----	-------------------