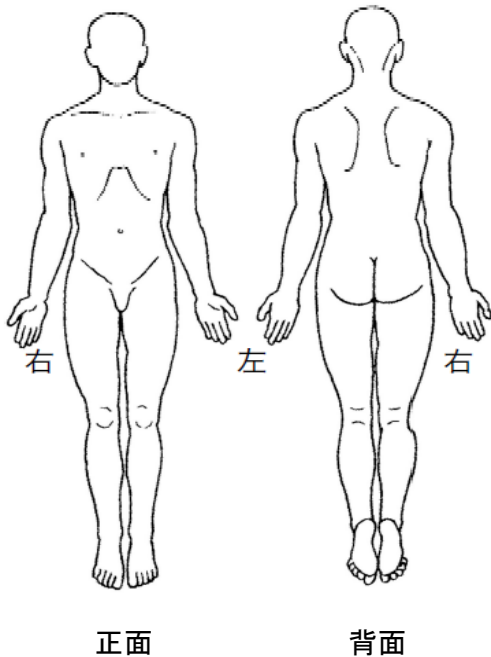


《羊ヶ丘病院 整形外科 問診表》

受診日 年 月 日

フリガナ 名前	(生年月日 M・T・S・H 年 月 日) 年齢 歳					
〒 住所					□男 □女	
電話番号	-	-	緊急連絡先(携帯電話)	-	-	
ご職業			身長	cm	体重	kg
紹介状	□あり	□なし	画像データ	□あり	□なし	
当院のリハビリクリニックでリハビリを行なわれていますか?			□継続中	□未通院、通院中断、通院終了		

1. 本日診て欲しいところはどこですか?
図に○をつけて下さい



2. 受診する理由は何ですか?

- 痛い(部位:) 腫れている(部位:)
 傷(部位:) 動きが悪い(部位:)
 その他()

具体的な症状をお書き下さい

3. いつから症状が出ていますか?

- 本日 昨日 数日前 () 週間前
 () カ月前 () 年前

4. 原因を簡単に教えて下さい

- 交通事故 勤務中の災害 通勤中の災害 転倒
 スポーツ中() わからない
 その他()

5. 体内に金属などが入っていますか?

- ペースメーカー アートメイク・刺青 ステント()
 その他() なし

6. 現在、治療中の病気はありますか? 特に無い

- 高血圧 糖尿病(HbA1c _____ ・インスリン中) 心臓病 肝臓病
 腎臓病 高脂血症 橋本病・バセドウ病 その他()

7. 何か薬を飲んでいますか?

※おくすり手帳などお持ちの方はご用意ください

- なし おくすり手帳・薬剤情報を忘れた
 ある(くすりの名前)

血液をサラサラにする薬を 飲んでいる 飲んでいない わからない

8. 薬や麻酔の薬のアレルギーはありますか?

- 薬のアレルギーがある(くすりの名前) わからない
 麻酔のアレルギーがある(いつ、どんな時) 特にない

9. 女性の方への質問です

- 妊娠していない 妊娠している わからない 授乳中

10. 当院をどのようにお知りになりましたか?

- 家族・知人 新聞、テレビ、雑誌 インターネット 当院ホームページ その他

11. どうやって来院されましたか?

- バス 地下鉄 JR 自家用車 その他()

平成 29 年 8 月 31 日改訂