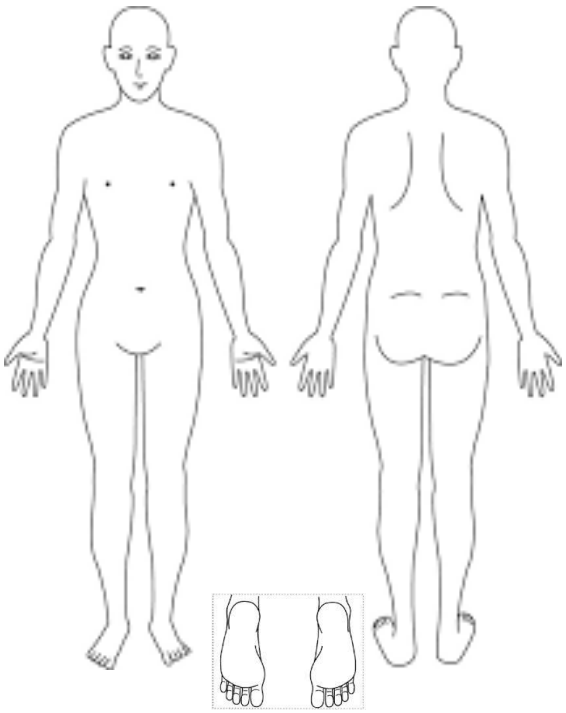
令和7年5月20日改訂 **《羊ヶ丘病院 整形外科 問診票》** ID　　受診日　　年　　月　　日

フリガナ 名　前	(生年月日 M・T・S・H・R　　年　　月　　日)年齢　　歳	
〒 住　所	(　□男　　□女　)	ご職業:
電話番号　　ー　　ー	緊急連絡先 (携帯電話)　　ー　　ー	
緊急連絡先 (ご本人以外)　　ー　　ー	身長　　cm　体重　　kg	

1．右の図で症状のあるところに○を付けてください



2．いつごろから症状がありましたか？

□本日　　□昨日　　□(　　)日前
□(　　)週間前　　□その他(　　)

3．どのような症状がありますか

□痛い　　□しびれる　　□動かしにくい
□その他(　　)

4．思い当たる原因はありますか？

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

5．今回の症状で、他の病院、診療所を受診されましたか？

□いいえ　□はい　紹介状　□あり　・□なし

6．現在、治療中の病気はありますか？ □特に無い　　□脳血管疾患
□高血圧症　　□高脂血症　　□ リウマチ　　□甲状腺(橋本病・バセドウ病)
□糖尿病(HbA1c ＿＿＿＿ ・インスリン中)　　□心臓病 (狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全)
□ その他(　　)
隔週 (第1，3) 木曜日(午後)に内科の診察があります。受診を希望されますか?□希望する　□希望しない

7．体内に金属などが入っていますか？

□ペースメーカー　　□アートメーク・刺青　　□ステント(　　)
□その他(　　)　　□なし

8．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　　□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

9．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

10．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

11．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

12．　65 歳以上の方にお聞きします。現在デイサービス又はデイケアをご利用中ですか?
□利用中　　□利用していない

※医療機関側記載欄

問診渡し　　:	問診受取　　:	事務登録　　:		