

# 整形外科 問診票

診療日  
令和 年 月 日

医師記入欄

氏名( ) 年齢( ) 男・女  
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

## \* 症状を詳しく書いてください

1.いつから具合が悪いですか？また、ケガをしたのはいつですか？

2.痛いのはどこですか？

症状があるところに○をつけてください。

3.どのように痛みますか？

4.アレルギーはありますか？

なし・あり( )

5.現在、他の病院に受診していますか？

なし・あり( )

6.現在、飲んでいる薬がありますか？

なし・あり( )

7.悪性の病気の場合告知を希望されますか？

いいえ・はい( )

8.今まで入院・手術などしたことがありますか？

いいえ・はい( )

9.既往歴はありますか？

いいえ・はい( )

10.現在妊娠の可能性はありますか？

いいえ・はい 「はい」の方→ 妊娠週数 \_\_\_\_週 \_\_\_\_日

