

# 整形外科予診票

フリガナ		性別	男・女	カルテ No	
氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 歳
住所	〒	携帯番号	( )	電話番号	( )
40歳以上の方、お答えください		介護認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> いる 要支援( 1・2 ) 要介護( 1・2・3・4・5 ) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明			

紹介状・お薬手帳・レントゲン・CDROM・検査結果等をご持参の方は、あらかじめ受付にご提出ください。

次のご質問にお答えください。詳しくは、診察前に問診をさせていただきます。

1. どのような症状で来院されましたか？

又、右図へ症状のある箇所に○をつけてください。

- 痛い  しびれ  腫れ  違和感  動きにくい  
 MRI 検査のため  その他( )

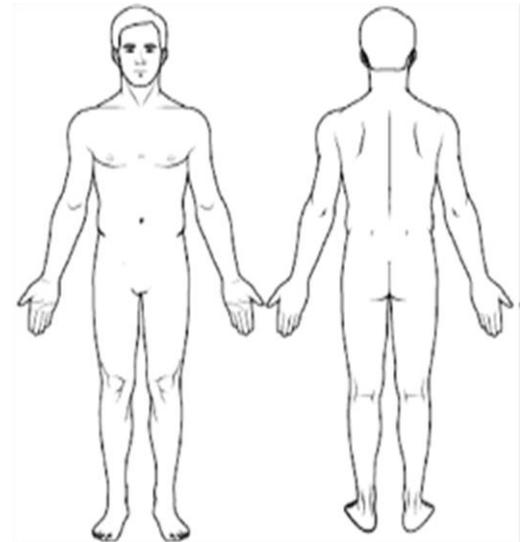
2. いつ頃からですか？

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から  
 または \_\_\_\_\_年 / \_\_\_\_\_ヶ月 / \_\_\_\_\_週間 / \_\_\_\_\_日前から

3. 思い当たる原因はありますか？

- 特にない  ある ( 詳細 )

- 職場・通勤での事故(労災)  
 交通事故(自賠責)



4. 今回の症状で、検査や治療を受けましたか？

- いいえ  はい いつ( ) どちらで( )

5. 現在、治療中の病気やケガはありますか？

なし

- 高血圧  糖尿病  心臓病  肝臓病  腎臓病  高脂血症  その他( )

6. 現在、内服中の薬はありますか？

- ない  ある( )

7. 今までに、大きな病気やケガ・手術などしたことはありますか？

- ない  ある いつ [ ] どのような [ ]

8. 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

- ない  ある( )

9. スポーツでの外傷・障害の方は、差支えなければご記入ください。

種目( ) ポジション( ) チーム( )

10. 女性の方のみお答えください。

- 妊娠中ですか？  いいえ  はい  可能性あり 授乳中ですか？  いいえ  はい

11. 健康長寿のために、当院では骨粗鬆症を原因とする転倒や骨折、寝たきりの予防のため、65歳以上の女性、70歳以上の男性の方には骨密度検査をおすすめしております。

骨密度検査を( 希望する・希望しない・最近、検査を受けた・治療を開始している )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付にご提出ください。

目白整形外科内科