

# 整形外科 問診表

年 月 日 【名前 〇〇〇〇】

I. 本日は、どうされましたか？

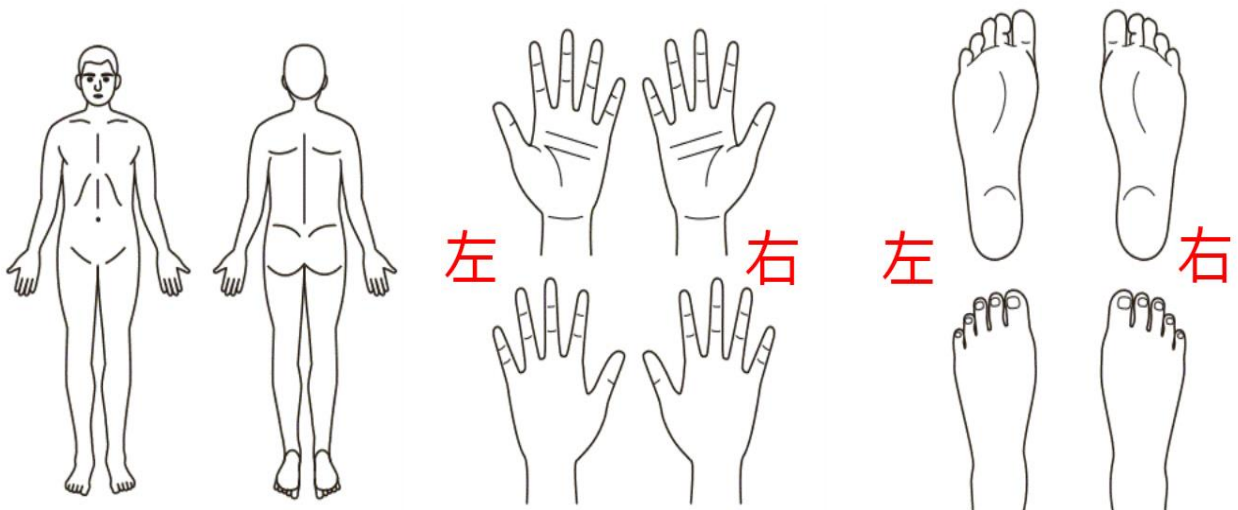
いつから： \_\_\_\_\_

部位： \_\_\_\_\_

症状： \_\_\_\_\_

原因はありますか： \_\_\_\_\_

★具合の悪いところを図に示してください



II ◆ . 定期的に診察を受けている疾患はありますか？ どちらの医療機関にかかっていますか？

ない ある ( \_\_\_\_\_ )

◆ . いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある ( 内容: \_\_\_\_\_ )

◆ 血がとまりにくくなる薬を飲んでますか？ (バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど)

飲んでいる 飲んでいない

◆ . 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？

ない ある ( \_\_\_\_\_ )

◆ . アレルギーはありますか？ ( 薬・注射・食べ物などで 蕁麻疹やショックなど )

ない ある ( \_\_\_\_\_ )

III. 女性の方のみご記入ください。

現在、妊娠の可能性はありますか？ (ある ない わからない) 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日