

整形外科問診票

平成 年 月 日

お名前 _____ (男 ・ 女) 年齢 _____ 才

※お薬手帳はお持ちですか？ (あり・なし・忘れた) ※労災 自賠責をご利用の方はお申し出ください

体温 () 最近1週間以内の発熱、風邪症状の有無 (有 ・ 無)

診察を希望される部位などに丸印をつけ、質問にご記入ください

部位	右 手(指)	右 腕	右 肘	右 肩	右 足	右 膝
	左	左	左	左	左	左
	右 股 左 (太ももの付け根)		首	背中	腰	胸
症状	リウマチ	痛風	その他			
	痛み	しびれ	腫れ	その他		
それはいつごろからですか？						
その原因をご記入ください						
他の病院を受診しましたか？ はい (病名 _____) いいえ						
どのような説明を受けましたか？						
どのような治療を受けましたか？						

今までかかった、あるいは現在治療中の病気はありますか？							はい	いいえ
病名	高血圧	心臓病	狭心症	心筋梗塞	脳梗塞	脳出血	肝臓病	
	腎臓病	糖尿病	リウマチ	喘息	肺の病気	緑内障	白内障	
	前立腺肥大	てんかん	精神疾患	認知症	甲状腺疾患			
	血液の病気	消化器の病気	神経・筋肉の病気	婦人科の病気	癌			
その他 (_____)								
病院名 _____								
過去にその手術を受けたことがありますか？								
はい (手術名 _____)								いいえ
(手術名 _____)								
現在お薬を飲まれていますか？							はい	いいえ
はいの方 →血液を固まりにくくする、薬を飲んでいますか？							はい	いいえ
・お薬手帳を持参でない方はわかる範囲で薬の名前をご記入ください								

※裏面に人体図があります。可能であれば記入をお願いします。

小樽市立病院

症状がある部位に○印をつけてください

