

## 西野整形外科 問診票

No. \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日	年齢	職業
お名前	男 女	大・昭・平 年 月 日	歳	
(〒 - ) ご住所			Tel ( - - )	

1. どのような症状ですか？

痛い しびれる 動きにくい 腫れている 傷がある やけど

その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. いつ頃から症状が出てきていますか？(具体的に)

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_日前 \_\_\_\_\_週間前 \_\_\_\_\_カ月前 \_\_\_\_\_年前

3. 症状が出たきっかけは何ですか？

転倒 落ちた ぶつけた ひねった 運動中 切った はさんだ

交通事故 工作中 原因不明 その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. 今回の症状で他の医療機関を受診・治療していますか？

いいえ はい (医療機関名 \_\_\_\_\_ )

5. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

6. 今までに手術を受けことはありますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

7. アレルギーはありますか？

いいえ はい 食物・薬剤・花粉症・湿布かぶれ  
( \_\_\_\_\_ )

8. 現在お薬を飲んでいますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

※お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい

9. 現在妊娠していますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ カ月)

※診察を希望する部位に○で印をつけて下さい。

