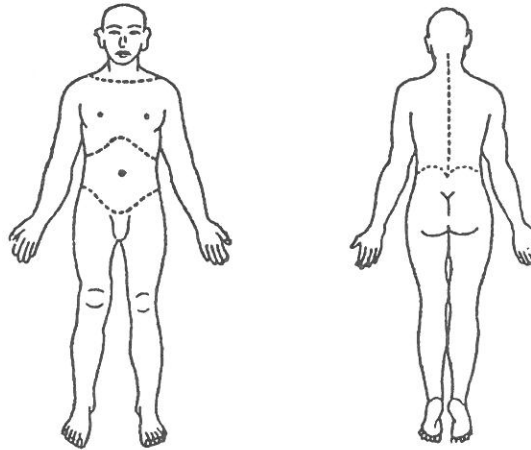


# 整形外科問診表

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

①どこくあいのわる具合が悪いのですか。

右えのしるし絵に○印をつけて下さい。



②どのように悪いのですか。(○でかこ囲んで下さい)

痛 み ・ しびれ ・ 変 形 ・ 動けいきがわるい ・ は れ

その他 ( )

③いつから悪くなりましたか。

\_\_\_\_ 日前から ・ \_\_\_\_ 週間前から ・ \_\_\_\_ ヶ月前から ・ \_\_\_\_ 年前から

④他の病院を受診じゅしんされましたか。

はい ・ いいえ

⑤④で、はいと答えた方は、その病院で何と言われましたか。

( )

⑥これまでに薬くすりまたは注射しゅうしゅつで副作用ふくさようとされることがありましたか。

はい ・ いいえ

⑦今までに大きな病気をしたことがありますか。

はい ・ いいえ

⑧ (女性の方のみお答え下さい)

現在妊娠されていますか。またはその可能性がありますか。

はい ・ いいえ