

まつうら整形外科問診票

氏名	フリガナ	男・女	明・大・昭・平
			年 月 日 () 才
住所	〒 □□□□ - □□□□ 都道府県 市区郡	電話番号	保険: 社保・国保・その他(交通事故 労災)
			自宅 - - 携帯 - -

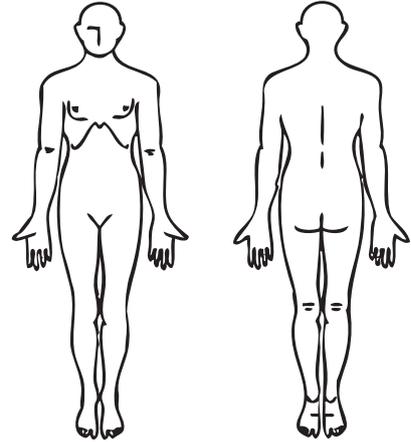
1) いつからですか？

※具合の悪いところに○をつけてください。

(年 月 日 頃)

どんな症状がありますか？

痛い・しびれる・重い・こる つっぱる・腫れている・熱がある 切れている・だるい・ふらつく その他()	小児の方 体重 kg
--	----------------------



2) 原因はありますか？

3) ご希望される検査、治療内容、リハビリ等ありましたら記載をお願いいたします。

4) 現在飲んでいるお薬はありますか。(お薬手帳は診察の際にご提出ください。)

ない ・ ある ・ お薬手帳あり

抗血栓薬を飲んでませんか？(血液サラサラ)

ない ・ ある

薬名

5) 女性にお聞きます。授乳中または妊娠中、妊娠の疑いがありますか？

ない ・ 授乳中 ・ 妊娠中 () 週

6) 今までにかかった病気、けが、手術、はありますか？

ない ・ ある

整形外科的疾患 (頸椎椎間板ヘルニア・腰椎椎間板ヘルニア・腰部脊柱管狭窄症)
 その他 ()
 内科的疾患 ()
 ペースメーカー (あり ・ なし)
 外科的疾患 ()

7) 薬や食べ物、麻酔薬等のアレルギーがありますか？

ない ・ ある

食品・薬剤名

8) 今回の病気・けがで他の病院の治療を受けたことがありますか？

ない ・ ある 病院名 () ・ 治療内容 ()

9) どうやってまつうら整形外科をお知りになりましたか？(2つ以上回答可)

1. ホームページ 2. 看板 () 町 3. チラシ 4. 知り合いのご紹介
 5. 前を通過して 6. その他 ()