

整形外科 問診票

【名前 _____】 年 月 日

1. 本日は、どうされましたか？

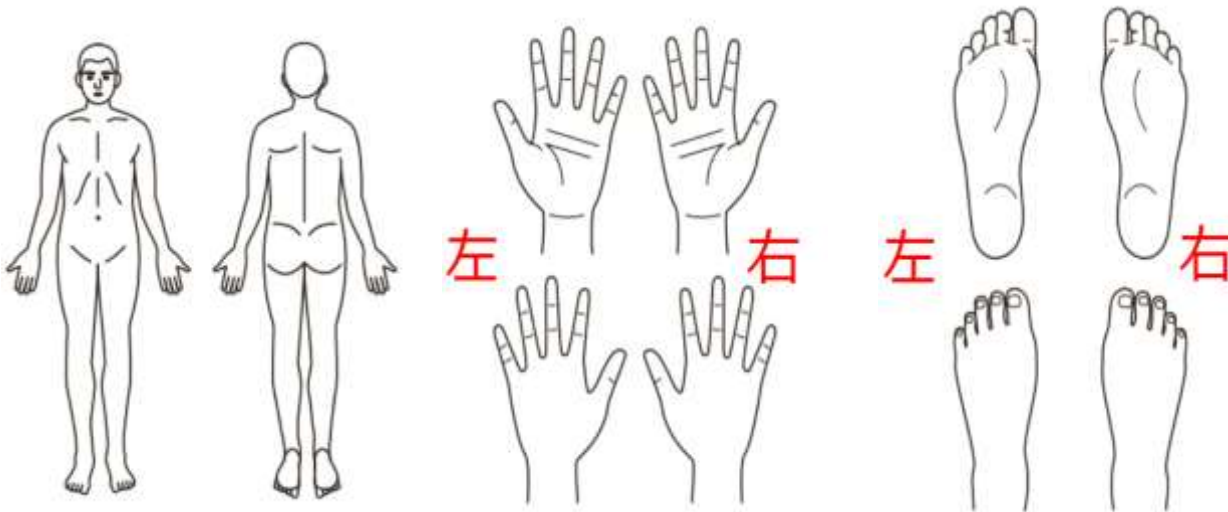
いつから： _____

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



2 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 (_____)

3 いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある (内容： _____)

4 血がとまりにくくなる薬を服用されてますか？ (バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど)

ない ある (内容： _____)

5 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 (_____)

6 アレルギーはありますか？ (薬・注射・食べ物(果物含む)・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど)

ない ある (_____)

7 女性の方のみご記入ください。

① 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

② 現在、授乳中 (はい：産後 _____ 年 _____ か月)

③ 現在、ピル・女性ホルモンを服用されていますか？ (はい：内容 _____)

