

お名前（カタカナで書いてください）

生年月日

T・S・H・R 年 月 日生 才

☐ 仕事外 ☐ 労・公災

☐ 自賠（事故日 / 軒目）

☐ 診断書必要

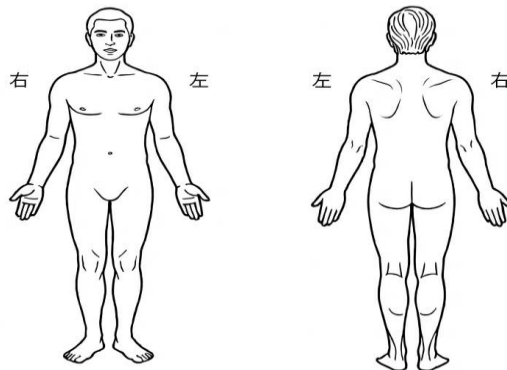
希望医師

車いす サークル ストレッチャー

痛い部位を○で囲んでください

① どのような症状ですか

- ☐ 痛み ☐ はれている ☐ 熱感
☐ 傷 ☐ 力が入りにくい ☐ しびれ
☐ その他（ ）



② いつからの症状ですか

年 月 日ころ

③ 症状を発症したきっかけに当てはまるものすべてに ☒ してください

- ☐ スポーツ中 ☐ 仕事中 ☐ 転倒・転落 ☐ 生活動作の最中 ☐ 交通事故
☐ その他 ※詳細をわかる範囲でご記入ください

④ この症状で治療を受けるのは

- ☐ 初めて ☐ 以前当院で同じ患部治療した
☐ 他院を受診した（紹介状 ある ・ ない ）
（画像持参 ある ・ ない ）

⑤ 治療している病気はありますか（過去に治療し現在は完治しているものも含めて）

- ☐ なし ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 脳疾患 ☐ 喘息 ☐ 肝臓病
☐ 肺疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 上記以外（ ）

⑥ 現在お薬は飲んでいますか

- ☐ いいえ ☐ はい

⑦ 手術歴はありますか

- ☐ なし ☐ あり（ ）

⑧ ご要望はありますか（ ）

⑨ アレルギーはありますか

- ☐ なし ☐ わからない ☐ アルコール製剤 ☐ 薬（ ） ☐ 金属 ☐ ヨード
☐ 食べ物（ ） ☐ ラテックス ☐ その他（ ）

⑩ 女性の方にお聞きします

- ☐ 妊娠していない ☐ 妊娠している ☐ どちらともいえない
☐ 授乳中

さしつかえなければご回答ください

【現在行っているスポーツ： 】 【所属しているチーム、学校： 】 【職業： 】

【来院のきっかけ： ①紹介（学校 ・ 他病院 ・ 知人） ②近所 ③新聞・インターネット 】

個人情報に関して

診療内容のお問い合わせに関して、話しても良い方のお名前をご記載下さい。

なお、未成年者は保護者のお名前をご記載下さい。

【内科外来問診票】

氏 名 (カタカナで可)

男 ・ 女 才

生年月日 T・S・H・R

年 月 日

- ・ いつからどのような症状がありますか。

年 月 日頃より

☐ 発熱

- ・ 発熱のあるかた 最近海外旅行をされましたか。 (はい ・ いいえ)

☐ 頭痛

☐ のどの痛み

☐ 咳

☐ 鼻水

☐ 下痢

☐ 腹痛

☐ 嘔吐

☐ 嘔気

☐ 胸痛

☐ 不整脈

☐ 息切れ

☐ むくみ

☐ その他

- ・ 水分はとれていますか。 (はい ・ いいえ)

- ・ 食事はとれていますか。 (はい ・ いいえ)

- ・ 現在治療している病気はありますか。 (はい ・ いいえ)

☐ 心臓病

☐ 脳疾患

☐ 糖尿病

☐ 高血圧

☐ 胆・肝・脾疾患

☐ 肺疾患

☐ 喘息

☐ その他の病気

- ・ その病気はいつから、どこの病院にかかっていますか。

- ・ アレルギーはありますか。

☐ なし

☐ わからない

☐ アルコール製剤

☐ 薬

☐ 食べ物 (

)

☐ 金属

☐ ラテックス

☐ その他

- ・ 女性の方にお聞きします。

☐ 妊娠していない ☐ 妊娠している

☐ どちらともいえない

☐ 授乳中

診療内容のお問い合わせに関して、話しても良い方のお名前をご記載ください。

なお、未成年者は保護者のお名前をご記載ください

(

)

Name

Orthopedics Questionnaire

Circle the place(s) where you have

Symptoms

I What symptom(s) do you have?

- ☐ pain ☐ swelling ☐ local heat
- ☐ numb
- ☐ other()

II When did your symptom start?

year month day

III Do you know any cause of your symptom(s)?

- ☐ playing sports ☐ doing work ☐ falling down ☐ activities of daily life
- ☐ traffic accident
- ☐ other

IV Have you had any treatment for this symptom before? ☐yes ☐no

V Have you been under the care of a doctor in the past? If so, what for

- ☐ hypertension ☐ heart disease ☐ vascular brain disease ☐ asthma
☐ liver disease ☐ diabetes mellitus ☐ pulmonary disease
☐ other()

VI If yes, what kind? ☐ no ☐ yes

$$(\quad)$$

VII Are you currently on any medication? ☐ yes ☐ no

VIII Do you have any allergies? ☐ no ☐ medication ()

☐ food () ☐ other()

IX If female answer this question are you breast feeding

☐ yes ☐no

X Do you have a special request concerning the consultation?

()

Any Current sports experiences?

$$\left(\begin{array}{c} \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right)$$
