

西岡第一病院 整形外科 問診票

お名前（カタカナで書いてください）

仕事外 労・公災

希望医師

自賠（事故日／軒目）

診断書必要

車いす サークル ストレッチャー

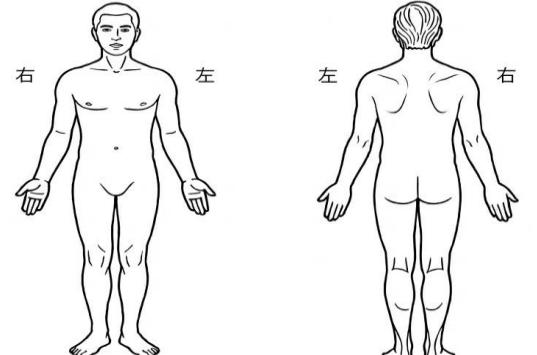
生年月日

T·S·H·R 年 月 日 生 才

【痛い部位を○で囲んでください】

① どのような症状ですか

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> はれている | <input type="checkbox"/> 热感 |
| <input type="checkbox"/> 傷 | <input type="checkbox"/> 力が入りにくい | <input type="checkbox"/> しびれ |
| <input type="checkbox"/> 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

- | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> スポーツ中 | <input type="checkbox"/> 仕事中 | <input type="checkbox"/> 転倒・転落 | <input type="checkbox"/> 生活動作の最中 | <input type="checkbox"/> 交通事故 |
| <input type="checkbox"/> 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)

- | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 脳疾患 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| | <input type="checkbox"/> 肺疾患 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 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

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> アルコール製剤 | <input type="checkbox"/> 薬() | <input type="checkbox"/> 金属 | <input type="checkbox"/> ヨード |
| | | <input type="checkbox"/> 食べ物() | <input type="checkbox"/> ラテックス | <input type="checkbox"/> 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

他の病気

- ・その病気はいつから、どこの病院にかかりていますか。

- ・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

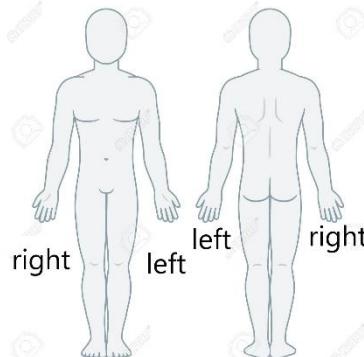
Circle the place(s) where you have
Symptoms

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

()

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?

()