問診票(整形外科)

フリガナ氏名	^{ガナ} 名 年齢 歳	<u>ま</u> (男・女)	受診日	年 月	日
1	どのような症状で来院されましたか?				
		□動きにくい			
	□その他()		
2	症状のある部位はどこですか?図で示して	ください。			
				> \	
	Lana ana 111	1			
	WAN("") ()				1
) () (WD (Fun \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		1
	L AAO, JAA			0000	jo
	1 / MAN MIN (1)	Carana Ca			
	177 hm/				744 \
	T' ' T' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' '	1 1 1 E	(荆旬)		後)
3	いつ頃からその症状はでてきましたか?				
	□本日 □昨日 □2~3日前	□ 1 週間前	□その他()	
4	きっかけ・原因はありますか?				
	□交通事故 □仕事中 □スポーツ	中 □転倒	・転落 □特に原因	なし・不明	
	□その他()			
5	現在または過去にこの症状で治療を受けて	いますか?			
_	□いいえ□はい				
6	現在治療中、または今までにかかった病気				
			□腎臓病 □肝臓病		
	□ □ 胃潰瘍 □ 喘息 □ □ 痛風 □ その他(ロリソマナ			
	□その他(□特にかかった病気はない)			
7	現在服役している薬はありますか?				
'	□いいえ □はい ()	
8	過去にけがや病気で手術を受けたことがあ	 りますか?		,	
	□いいえ □はい ()	
9	薬や食べ物でアレルギーはありますか?			·	
	□いいえ □はい 薬() :	食べ物()	
10	現在施設に入所中ですか?			·	
	□いいえ □はい(施設名:)		
11	女性の方のみお答えください。				
	● 現在妊娠中ですか? □いいえ	口はい			
	● 現在授乳中ですか? □いいえ	口はい			