

# 整形外科 問診票

山形徳洲会病院

この問診票に記載された患者様の情報は治療の目的のみに使用させていただきます。

この問診票は治療以外に使用されるものではありません。

(当院は個人情報保護法に遵守しております。)

記入日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 才

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

ご職業 \_\_\_\_\_

スポーツ \_\_\_\_\_

※紹介状・レントゲン・CDROM・検診の結果等をお持ちの方は、この用紙と一緒に受付にお出してください。

## 1.症状についてお聞きします。

①どの部位に症状がありますか？右図に○をつけてください。

②いつから、症状がありましたか？

( \_\_\_\_\_ )

③どのような症状がありますか？

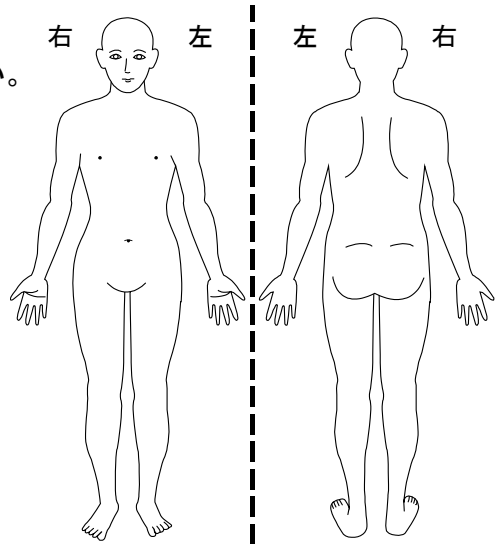
( \_\_\_\_\_ )

④どうして、起こりましたか？きっかけはありますか？

( \_\_\_\_\_ )

⑤その後、どのような経過をたどりましたか？

( \_\_\_\_\_ )



## 2.今まで他に病気にかかったことがありますか？

はい  いいえ

(1) 心疾患 (2) 肺炎喘息 (3) 高血圧 (4) 糖尿病 (5) 脳疾患  
(6) 胃・十二指腸潰瘍 (7) 高脂血症 (8) その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3.現在、治療を受けている病気はありますか？

はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

## 4.現在、おくすりはのんでいますか？

はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

※お薬手帳やお薬情報をお持ちの場合は、この用紙と一緒に受付にお出してください。

## 5.今までアレルギーをおこしたことはありますか？

薬・食べ物・ゴム製品・テープ類・金属・その他

はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

その時、どのような症状がありましたか？

( \_\_\_\_\_ )

## 6.女性の方にお聞きします。

①妊娠している可能性がありますか？  はい  いいえ

②授乳中ですか？  はい  いいえ