

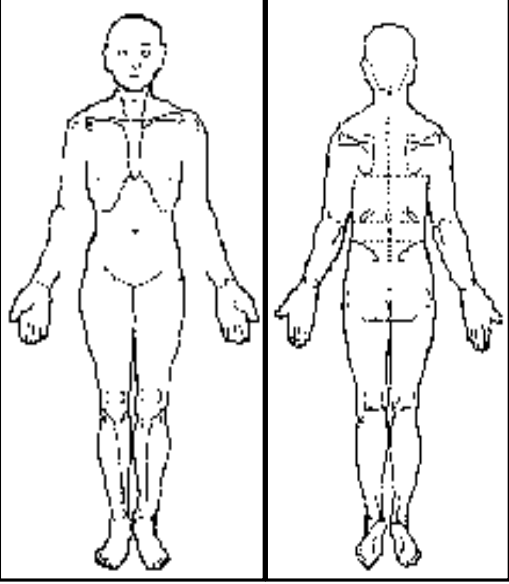
# 整形外科問診票

受診日 年 月 日

受診者

フリガナ		生 年 月 日	大正			
氏 名	男・女		昭和	年	月	日
			平成			
			令和			

## 問 診

今日はどのような症状ですか？		
傷又は痛むところを絵図に記してください		
それはいつ頃からですか？		
仕事中又は交通事故ですか？	いいえ ・ はい	
本日の症状で他の病院にかかった事がありますか？	いいえ はい → (病院名 )	
薬・食物などのアレルギーはありますか？	なし あり → ( )	
通院中の病気はありますか？	いいえ はい → (病名 ) (病院名 )	
内服している薬はありますか？	いいえ はい → (薬名 )	
女性の方にお聞きします	妊娠・または妊娠の可能性はありますか？ また妊娠中の場合は何週目でしょうか？ ( 週 日 )	いいえ ・ はい
最近1ヶ月の間海外に行かれたり、行った方と接触しましたか？		いいえ ・ はい
はいの方にお伺いします	行先又は相手の行先 ( )	渡航期間又は接触した日 日間 月 日
経過等について、医師に伝えたいことがあればお書き下さい。		