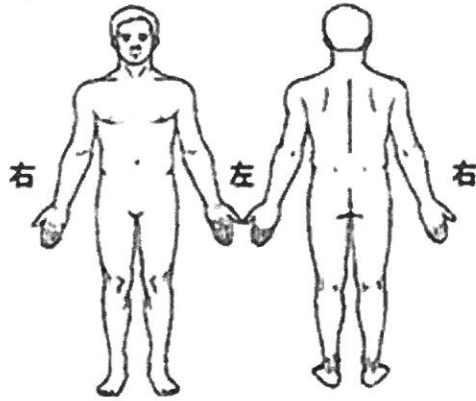


整形外科問診票

身長 (cm) 体重 (kg)
年齢 (歳) 職業 ()
利き手 (右・左)
介護保険の使用の有無 (有・無)
家族構成 ()

< 症状のある部位に○をつけて下さい >

部位が複数ある方は症状が強い順に、
1,2 と番号を振って下さい



・いつから

・思い当たる原因

・症状

◎喫煙歴 なし・あり (本) / 日 過去に吸っていた (歳まで)
◎飲酒歴 なし・あり 何を (ml)
◎アレルギー・薬の副作用の有無 なし・あり () 症状 ()

◎次の病気で治療を受けたことがありますか？

高血圧・糖尿病・喘息・結核・心筋梗塞・狭心症・脳梗塞・貧血

他に、病気、けが、手術歴はありますか？当時の年齢、病名、処置内容を記載して下さい

(歳) (歳) (歳)
(歳) (歳) (歳)

◎虫歯の有無 なし・あり・治療中・わからない ◎抗がん剤歴 なし・あり・投与中 ()

◎お薬手帳は持参されていますか？はい・いいえ 持参されていない方は薬の名前、用法容量を記載して下さい
()

◎飲み薬の中に血液をサラサラにするお薬はありますか？お薬名と処方されている病院を記載して下さい
なし・あり () 病院)

< 女性の方へ >

妊娠している可能性、授乳の有無、最終月経を記載して下さい

している (か月) ・ していない ・ わからない ・ 授乳中 ・ 閉経 最終月経 月 日

< 腕、足の骨折、紹介元から当日 **緊急手術** が考えられると診断された患者さんへ >

最終飲食を記載して下さい 飲水 (時) 食事 (時・内容)

< **側弯症(そくわんしょう)** と診断されている患者さんへ > ご両親、兄弟の身長を記載して下さい

父 (cm) 母 (cm) 兄弟 (歳・ cm) 兄弟 (歳・ cm)
女性の方は初潮を記載して下さい (歳)

<問診確認者記載欄> ・同伴者の有無 (一人・) ・持参物の確認 (・CD-ROM ・フィルム・)
・来院方法 (独歩・杖・松葉杖・車椅子・ストレッチャー) ・装具、固定の確認 あり () ・なし
・絶食説明あり・なし ・特記事項 あり ()