



整形外科問診票

ご記入日 年 月 日

お名前 _____ 年齢 _____ 歳

1. 男性 1. 女性 身長 _____ cm 体重 _____ kg

Q1. いっごろから症状が出てきましたか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日から

_____ (日・月・日) 前から

Q2. どのような症状でいらっしゃいましたか？

Q3. 症状が出たきっかけはありますか？

特になし

交通事故 仕事中(どのような _____)

スポーツ(どのような _____) 転倒 その他(_____)

Q7. 薬でアレルギーが出たことがあればお答えください

ある 薬(_____)

ない

Q9. 女性の方のみお答えください

妊娠している可能性はありますか？

はい いいえ

授乳中ですか？

はい いいえ

Q10. その他医師にお知らせしたいことがあればご記入ください

ご協力ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付へお出してください。