

問 診 票（整形外科）

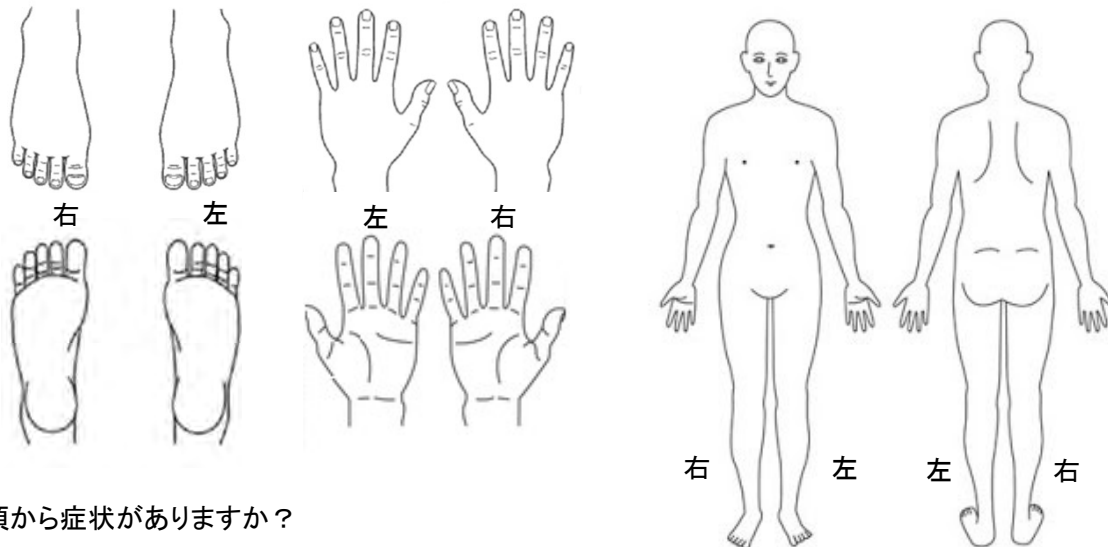
患者ID:

フリガナ
氏名

()歳 性別 男・女

1. 今日はどちらの具合が悪くて来院されましたか？症状のあるところに○をつけて下さい

痛み しびれ 腫れ 動きが悪い 歩きにくい その他()

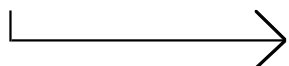


2. いつ頃から症状がありますか？

3. 何か思いあたる原因があれば記入して下さい（例：転倒など）

4. 交通事故または労災ですか？

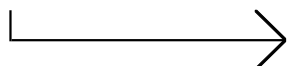
はい ・ いいえ



☐ 交通事故 ☐ 労災(工作中) ☐ 労災(通勤中)

5. 現在、通院・治療中の病気はありますか？

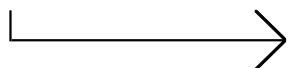
はい ・ いいえ



☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 脳梗塞
☐ 腎臓病 ☐ 喘息 ☐ その他()

6. 現在、服用中の薬はありますか？

はい ・ いいえ



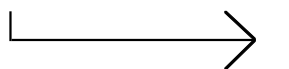
()

7. 過去にけがや病気で治療・手術を受けたことがありますか？

はい () ・ いいえ

8. 薬や食べ物などでアレルギーはありますか？

はい ・ いいえ



薬 ()
食べ物 ()

9. 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

洛和会音羽リハビリテーション病院