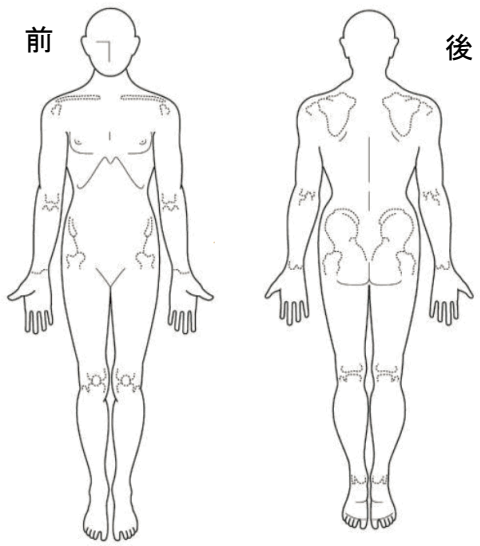
整形外科外来問診票

氏名	性別 男・女	職業・スポーツ

■ 症状を詳しく教えてください

症状があるのは **どこですか？**	首 ・ 腰 ・ 肩 ・ 肘 ・ 腕 ・ 手 ・ 股関節 ・ 膝 ・ 足首 ・ 足 その他（　　）
どのような 症状ですか？	いたい・しびれる・力がはいらない・はれている 動きが悪い・その他（　　）
症状は**いつ頃** からですか？	
思いあたる原因 はありますか？	
症状は**どのような時** おきますか？	

絵にも○をつけてください



■ 今回の症状で他の医療機関を受診、治療していますか？

☐なし　☐あり（医療機関名：　　）
→ ☐お薬　☐注射　☐リハビリ　☐その他（　　）

■ どのような目的で受診されましたか？

☐精査（レントゲン・MRIなど）　☐保存療法　☐リハビリ
☐手術療法　☐セカンドオピニオン　☐その他（　　）

■ 今までにかかったことのある病気、または治療中の病気についてご記入ください

◆**ペースメーカー**を装着していますか？（ **はい・いいえ** ）
◆**定期的な注射**（自己注射も含む）をしていますか？（ **はい・いいえ** ）
◆**かかった年齢と現在の状況を以下にご記入ください**

【職員記載】MRI禁忌懸念
☐無　☐有→全て禁忌入力する

才	高血圧	内服中・指摘のみ	才	心臓病	内服中・指摘のみ	才	泌尿器科疾患	内服中・指摘のみ
才	不整脈	内服中・指摘のみ	才	肝臓病	内服中・指摘のみ	才	喘息	最終発作：　年　月　日
才	腎臓病	内服中・指摘のみ	才	緑内障	内服中・指摘のみ	治療薬：	常用・発作時のみ・現在なし	
才	糖尿病	インシュリン中・内服中・指摘のみ	才	肺疾患	内服中・指摘のみ	その他		
才	脳疾患	内服中・指摘のみ	才	胃潰瘍	内服中・指摘のみ			

■ 今までに手術を受けた事がありますか？　ある場合は　いつ、どのような手術を受けられましたか？

☐なし　☐あり

いつ				
手術名				

■ 現在お薬を飲んでいますか？

☐いいえ　☐はい　お薬手帳またはお薬をお持ちの方は必ず受付へお出しください。

■ アレルギーはありますか？

☐なし　☐あり→　お薬（　　）　食事（　　）
麻酔　造影剤　金属類　ゴム製品　アトピー性皮膚炎　その他（　　）

■ アルコール　☐飲まない　☐飲む（種類：　　）（週に　　回）（1回に　　ml）

■ たばこ　☐吸わない　☐過去に吸っていた（1日　　本）（約　　年間）
☐現在吸っている（1日　　本）（約　　年間）

■ 女性の方へ

・妊娠している可能性は？　☐あり　☐なし　・授乳中ですか？　☐はい　☐いいえ

【職員記載】 以下の該当があれば受付票に”赤”で印をつけてください
■転倒歴（いつ頃　　）　■移動の際の介助（ 要・不要 ）→受付表と電子カルテに入力

成尾整形外科病院