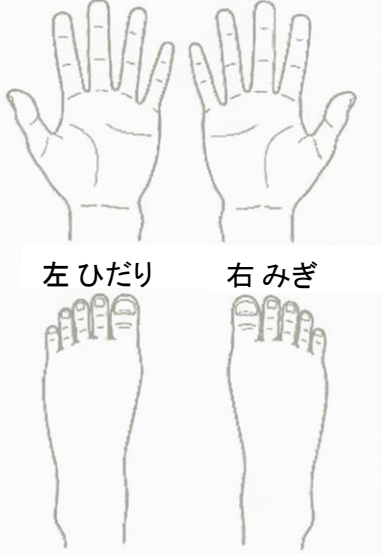


整形外科 問診票

記入日：平成 年 月 日

お名前 様 男 ・ 女 年齢 歳

1. どのような症状ですか？あてはまる症状や、からだの部分に○をつけてください。

<p>症状や原因など</p> <p>痛み ・ しびれ ・ 腫れ ぶつけた ・ ひねった</p> <p>その他 記入欄</p>	前 まえ	後ろ うしろ	
	右 みぎ	左 ひだり	右 みぎ

2. その症状はいつからですか？ 年 月 日 時頃から

具体的に→

3. その症状で他の病院などにかかったことがありますか？

ない ・ ある→

4. 現在、他の病院や診療所で治療中の病気はありますか？

ない ・ ある→

5. 現在、服用中のお薬などはありますか？

ない ・ ある→

7. **女性の方**：妊娠、またはその可能性はありますか？

ない ・ ある→

8. その他、何かありましたらご記入ください。

[]

※他院で処方されたお薬、その説明書、お薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出してください。