

整形外科問診表

お名前：_____ 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日

利き手（右手・左手）_____

↓以下の項目を記入、○で囲んでください。

①現在の症状を教えてください。

いつから（例：3ヶ月前）

思い当たる原因（例：転倒）

症状 痛み（あり・なし）

部位（例：右膝）

しびれ（あり・なし）

部位（例：右足）

②その他の症状があればご記入

③紹介状持参： はい（_____ 病院より） ・ いいえ

レントゲンフィルム持参： はい・いいえ CD-R持参： はい・いいえ

④現在 治療中の病気がありますか？

糖尿病 → グルコースセンサー（有・無）

心疾患（病名：_____）

高血圧・喘息・高脂血症

肝炎（B型・C型）

難聴（右・左）→補聴器（有・無）

その他の疾患（_____）

透析 シェント（右・左・その他（_____））

透析日（月水金・火木土・その他（_____））

緑内障（有・無）

【裏もありますご記入ください】

⑤現在 内服中の薬はありますか？ (有・無・内容不明)

お薬手帳の提出 もしくは 薬の内容記入

★ 糖尿病の薬や、インスリン注射はありますか？ (有・無)

有 の場合 ⇒ (内服薬・インスリン注射)

★ 血が止まりにくくなる薬はありますか？ (有・無)

(ワーファリン、バイアスピリン、パナルジン、プラザキサ、プラビックス、その他)

⑥これまでに大きな病気や手術をしたことがありますか。

・大きな病気 (例：3 年前 (または 30 歳) 肺炎)

・手術 (例：3 年前 (または 30 歳) 虫垂炎の手術)

・乳がんの手術歴はありますか？

はい ・ いいえ 『はい』の方のみ ⇒ 右 ・ 左

⑦アレルギーについてお答えください。

・ アレルギーがありますか ある ・ なし

※あると答えた方

麻酔薬 (キシロカイン・歯科治療の麻酔 など)

消毒薬 (アルコール・イソジン)・ラテックス (ゴム手袋)

鎮痛剤・抗生剤・造影剤・食物・果物・その他

⇒ 果物の場合 (バナナ・キウイ・パパイア・くり・アボカド)

※どんな症状ですか？ (例：カニで蕁麻疹。抗生物質 (セフゾン) で発疹)

()

⑧職業を教えてください。()

★女性の方のみにうかがいます。

・ 現在妊娠されていますか？ はい ・ いいえ

『はい』の方 ⇒ 出産予定日 (年 月 日)

・ 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

・ 閉経されている方 ⇒ 何歳で閉経しましたか？ (歳)