

整形外科予診表

年 月 日

初診の方、またしばらくぶりの受診の方は、この予診表を記入し、受付の時にお願いします。

フリガナ
受診者氏名 _____ 男・女 _____ 才
住所 〒 _____

明・大・昭
平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
電話番号 _____

職業・職種； _____

スポーツ； _____

◇今回のケガまたは症状について、該当するものがあれば○をつけてください。
交通事故（自損を含む） 業務上（労災） スポーツ その他（ _____ ）

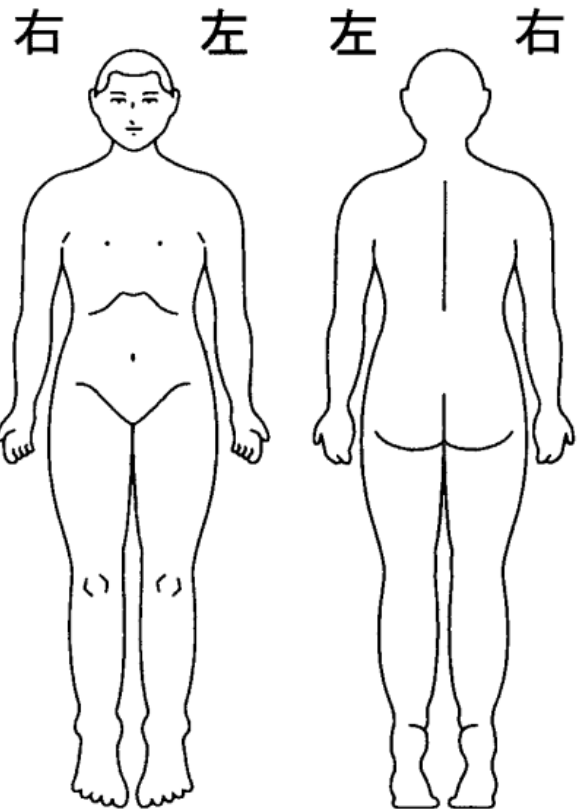
◇いつのどんなケガ、いつからの症状ですか。（例：11/20玄関で転んだ、包丁で切った、自然になど）
*いつ（ごろ）；
*どうした _____；

◇該当する症状；
痛い しびれる はれている 動かない・動きがわるい
キズがある 出血している その他
（ _____ ）

◇具合の悪いところに○印をつけて下さい。（右図へ）

◇今回の症状について他の医療機関で治療を受けましたか。
いいえ・はい
・どこで； _____ 病院・医院
・何といわれましたか； _____)
・どんな治療をしましたか；薬、注射、リハビリ
その他；（ _____)

◇現在治療（薬など）中の病気はありますか。
いいえ・はい
高血圧症 糖尿病 胃・十二指腸潰瘍 不整脈 心臓病
気管支喘息 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大症 緑内障
脳梗塞・出血 その他（ _____ ）



◇アレルギーや薬の副作用はありますか。 いいえ・はい
薬（ _____ ）
食べ物（ _____ ）
金属・ゴム製品（ _____ ）
その他（ _____ ）

◇これまで大きな病気や手術をしたことがありますか。 いいえ・はい
・病名；
・手術名；
・時期；

【女性の方へ】
◇妊娠あるいはその可能性がありますか。 いいえ・はい