

聖母病院 整形外科 問診票

※わかる範囲で記入してください。

ID番号

受診日： 年 月 日

※紹介状・レントゲン・CT・MRIなどの画像をお持ちの方は、整形外科窓口へ提出してください。

ふりがな

身長： _____ cm ・ 体重： _____ Kg ・ 体温： _____ 度

氏名

年齢 _____ 歳 (_____ カ月)

●今日はどのような症状で来院されましたか？

※症状のある所に○をつけてください。

痛い しびれ 腫れ 動かしにくい

出血 変形 しこり・できもの

(その他 _____)

●その症状はいつからですか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日から

_____ 日前から ・ _____ カ月前から ・ _____ 年前から

●思い当たる原因はありますか？ いいえ

転倒した 転落した ひねった ぶつけた はさんだ

交通事故 労災(工作中・通勤中) スポーツ 切った

(その他 _____) 不明

●今回の症状で他の病院で治療を受けましたか？ いいえ

(治療を受けた施設； _____)

●現在治療中の病気はありますか？ いいえ

高血圧 糖尿病(ディアベス) 心臓病 喘息

腎臓病 肝臓病 胃潰瘍 緑内障 脳梗塞

(その他： _____)

●現在飲んでいるお薬はありますか？ はい いいえ

(お薬の名前： _____)

※お薬手帳があれば受付に提出してください。

●入院した病気・ケガ・手術はありますか？ はい いいえ

(病名や部位、時期など： _____)

●アレルギーはありますか？ はい いいえ

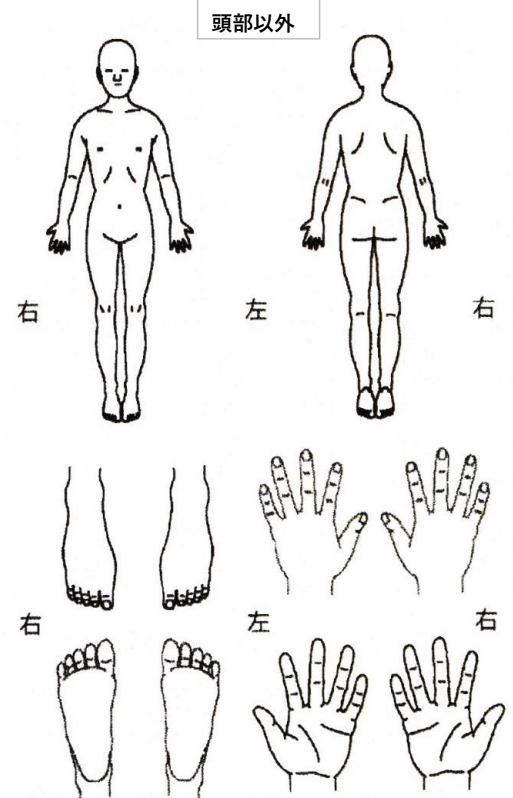
(お薬・食べ物・金属・ゴム手袋・アルコール・イソジンなど： _____)

●妊娠中または妊娠の可能性はありますか？(女性) はい いいえ

●骨密度の検査を受けたことがありますか？ はい いいえ

(いつごろですか？： _____)

※リハビリテーションは医師が必要と判断した場合に利用可能となります。



フリースペース↓