

記入日 年 月 日

整形外科予診票

氏名 _____

職業 _____

男・女 年齢 _____ 歳

身長 _____ cm

体重 _____ kg

診察を受けたい部位はどこですか？

右の図に○印を付けてください

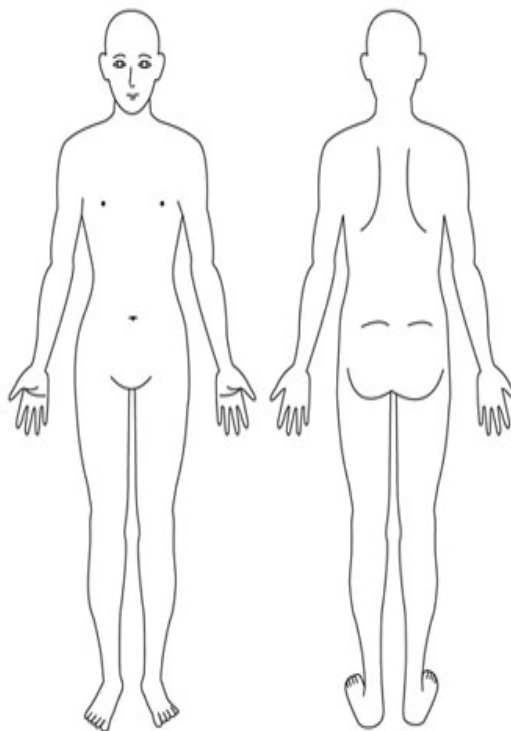
右 左 左 右

いつ頃から症状がありますか？

年 月 日頃

具体的な症状をご記入下さい。

例：膝が痛い・腰が痛い・手がしびれる 等



症状を引き起こす原因はありましたか？

例：転倒した・重い物を持った 等

現在、他の病院・当院の他の科で治療を受けていますか？どちらかに○印をつけて下さい。

・受けていない

・受けている(_____ 病院 もしくは 当院 _____ 科で)

(高血圧・糖尿病・心疾患・腎臓病・ _____)

他に大きな病気や手術をしたことがありますか？どちらかに○印、□にレ点をつけて下さい。

・ない

・ある(病名 _____ 年 月頃)(病名 _____ 年 月頃)

ペースメーカー植込み 植込み型除細動器 心臓人工弁 ステント

四肢・関節整形用のネジ・プレート 脳動脈クリップ

薬や食物のアレルギーはありますか？どちらかに○印をつけて下さい。

・ない ・ある(_____)

アルコール _____ 歳から _____ 本・合／日

たばこ _____ 歳から _____ 本／日

女性の方へお伺いします。

現在、妊娠している可能性はありますか？どちらかに○印をつけて下さい。

・はい

・いいえ