

# 整形外科外来を受診される方へ

下の枠内にご記入いただき、受付にご提出ください。



				記入日	令和	年	月	日
(フリガナ)					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏名					年齢	歳		
身長	cm	体重	kg	職業				

<p><b>いつからですか</b></p> <p><input type="checkbox"/>今日 <input type="checkbox"/>昨日 / <input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/> ( ) から</p> <p><b>どんな症状ですか</b></p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>音がする <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>力が入らない <input type="checkbox"/>はれている <input type="checkbox"/>動かない (動きにくい) <input type="checkbox"/>形がおかしい <input type="checkbox"/>つっぱる <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p><b>原因はわかっていますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>工作中的事故 <input type="checkbox"/>その他 ( ) <input type="checkbox"/>分からない</p> <p><b>今までに同じ症状になったことは</b></p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある (<input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回以上)</p> <p><b>介護保険証はお持ちですか</b></p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (介護度: )</p>	<p style="text-align: center;"><b>悪いところを“○”で囲ってください</b></p> <div style="text-align: center;"> </div>
<b>この症状で他の医療機関を受診されていますか</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
<b>家族に似た症状の方はいらっしゃいますか</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (続柄: )
<b>スポーツはされています (いました) か</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
<b>現在、内服中の薬はありますか</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
<b>過去に大きな病気や治療中の病気はありますか</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
<b>入院を伴う手術をしたことがありますか</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名: )
<b>アレルギーはありますか</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
<b>たばこは吸いますか</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 本/日 )
<b>アルコールは飲みますか (平均した 1 日量)</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( を mL )
<b>女性の方へ</b> 妊娠していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	授乳していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他気になることや、治療へのご要望、ご質問があればご記入ください	