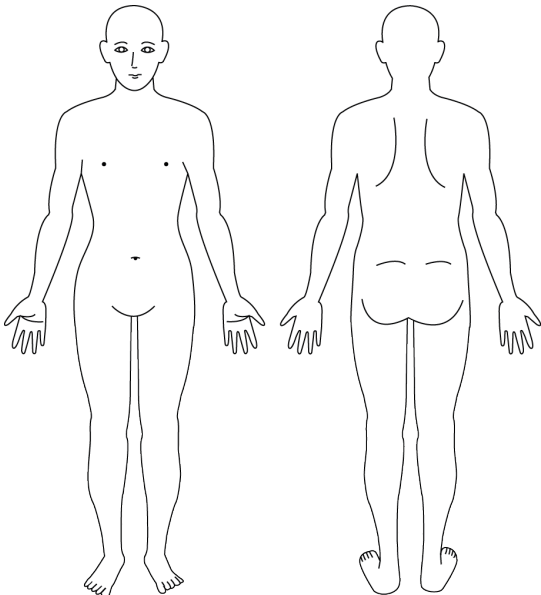


整形外科 問診票

平成 年 月 日

氏名	(歳) 男・女	身長	. cm
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	体重	. kg
職業			

<p>本日受診する症状は何ですか。</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>それはいつからですか。</p> <p>今日 (午前・午後 時頃)</p> <p>(日・週) 前 ・ 不明</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>どのような痛みや違和感がありますか。</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>痛む箇所に“○印”を付けてください。</p> <div style="text-align: center;">  </div>	
現在、病気で医療機関に受診されていますか。	はい	いいえ
今までに手術を受けたことはありますか。	ある	ない
現在、内服中の薬はありますか。	ある	ない
アレルギーはありますか。	ある	ない
女性の方お尋ねします。	(現在) 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 生理中	
	生理 (順調・不順) 閉経 歳	
その他、治療に関するご要望やご質問があればご記入ください。		

