

整形外科 初診問診票

No. 2

お名前

◎この問診表は治療にあたり大切な資料となります。差し支えない範囲でご記入下さい。

◎個人情報ですので大切に保管し、内容が外部へ漏れることはありません。

1. 今日はどうされましたか。○をつけて下さい。

症状：痛み ・ はれ ・ しびれ ・ 麻痺 ・ 傷

外傷（転倒、スポーツ、捻挫など）・交通事故・労災（勤務中、通勤中）

部位：（ ）

2. いつからですか。

今日 ・ / から ・ 日前 ・ 週間前 ・ ヶ月前 ・ 年前

3. 今回の症状に対して、他の病院で治療や検査をされたことはありますか。

（整骨院やカイロプラクティックなどの治療院も含む）

4. 薬や注射に対するアレルギーはありますか。

いいえ はい → それはどんな種類の薬や注射ですか。又、どんな時起こりましたか。

ピリン禁 アルコール禁 シップかぶれ 麻酔 その他

ある方は詳しく

5. 現在妊娠していますか。またはその可能性はありますか。

いいえ はい（妊娠 ヶ月）

6. 現在他院で治療中の病気や飲んでいるお薬があれば、解る範囲でご記入下さい。

糖尿病 高血圧 心臓疾患 リウマチ 骨粗鬆症 痛風 高脂血症

肝機能障害 腎機能障害 B・C型肝炎、HIVなどの感染症 癌（治療後も含めて）

体内に金属がある方（ペースメーカーや人工関節など） 胃炎・胃潰瘍

ある方は詳しく

7. 整形外科での検査や治療についてご要望がありましたら、お伝え下さい。

骨密度の測定 リウマチの検査 採血 お薬

ブロック注射 ヒアルロン酸注射 レントゲン リハビリ

福山整形外科・メンタルクリニック