

# 整形外科問診

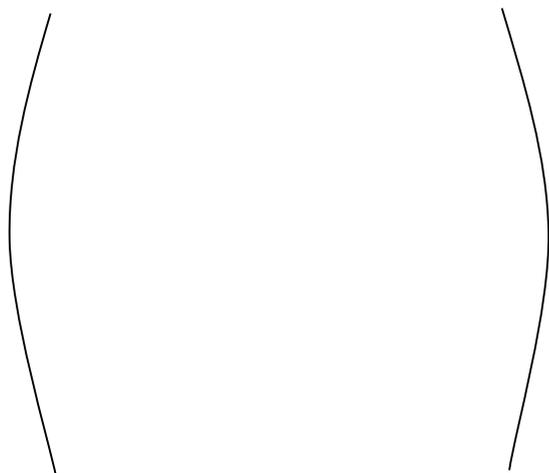
氏名 \_\_\_\_\_ 男 女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_  
\*介護申請について ( 未申請 ・ 申請中 ・ 申請済 ) \_\_\_\_\_  
\*申請済の方の介護度について 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 ( 1・2 ) \_\_\_\_\_

1 今日はどうされましたか。  
それは、いつからどのような症状ですか。  
原因と思われる出来事などありましたら  
書いて下さい。

症状の場所・範囲などを下の図に  
記してください。

<前>

<後ろ>



2 現在治療中の病気はありますか。

例えば、心臓病・糖尿病・喘息・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・肝臓病など

はい( ) いいえ

病院名( )

飲んでいる薬の名前( )

3 今までに入院・手術・通院治療を受けたことがありますか。

はい( ) いいえ

4 仕事上のけがですか。 はい いいえ

5 交通事故ですか。 はい いいえ

6 今までに輸血を受けたことはありますか。 はい いいえ

7 女性の方へお聞きします。

診察に際して、レントゲン撮影や薬が処方されることがあります。

妊娠の可能性はありますか。

はい いいえ

8 今までに薬・注射・食べ物でアレルギーが出たり、気分が悪くなったことがありますか。

はい( ) いいえ

9 今までに海外に行ったことがありますか。

はい(いつ頃) ( ) いいえ