

整形外科問診

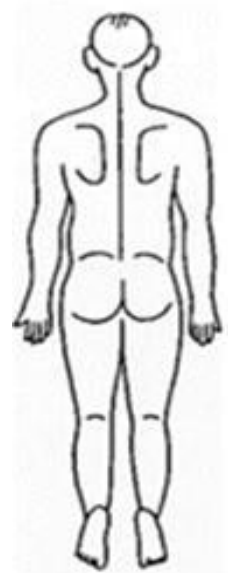
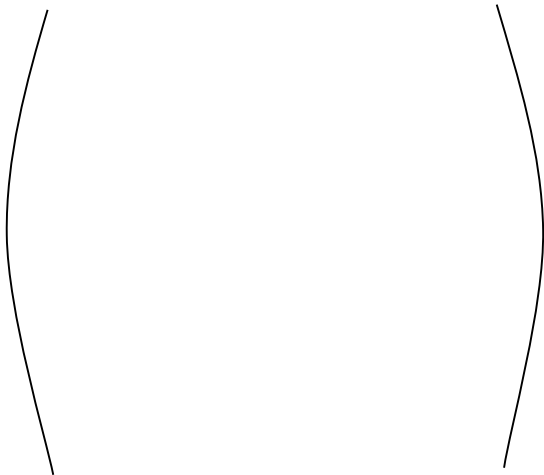
氏名 _____ 男 女 生年月日 _____ 年齢 _____ 才 _____
*介護申請について (未申請 ・ 申請中 ・ 申請済) _____
*申請済の方の介護度について 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 (1・2) _____

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