

診療申込書

フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名		明・大・昭・平・令	歳	男・女
		年 月 日生		
現住所	〒			
電話番号				
右記に該当する場合は○で囲んで下さい。 労災 交通事故				

問診票（現在の状態）

氏名 _____

記入日；令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

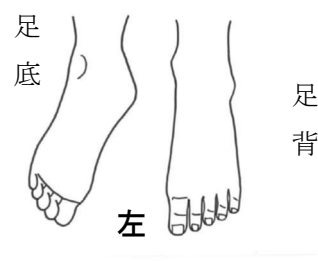
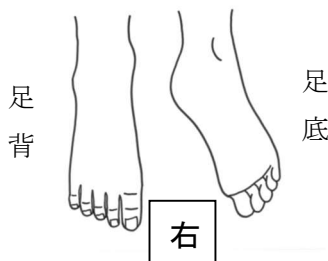
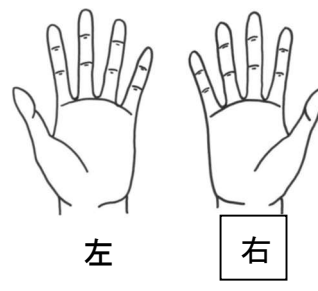
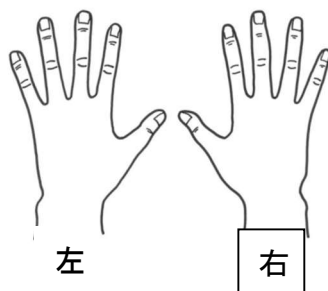
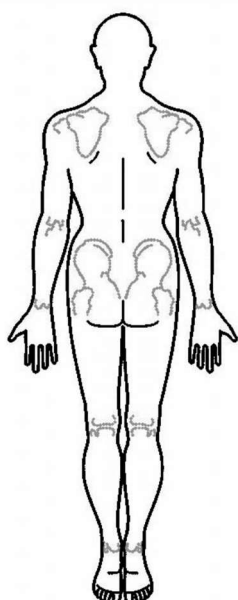
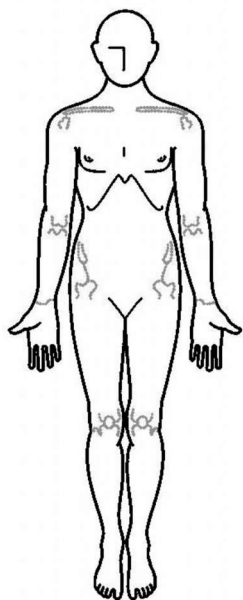
(カルテ No. _____)

身長； _____ cm、体重 _____ kg

◎利き手・ 右 / 左 / 両

★現在の症状について下記を参考に教えてください。

- ◇ **症状・部位**（下図に丸をつけて下さい）（例；首腰が痛い・右膝が痛い・右手が痺れる等）
- ◇ **いつから**ですか？
- ◇ 思い当たる**原因**はありますか？（無・不明・有（例；転倒した・重いものを持った等）



問診票 (診療に必要な情報)

氏名 _____

(カルテ No. _____)

☆過去の病気あるいは通院中の病気について教えてください。

1. 今まで整形外科にかかったことがありますか？ (整形での手術の有無も教えてください)

無・有 (病名; _____ 年/才頃・ _____ 病院)

● 怪我で縫合 無・有 (部位; _____ 年/才頃・ _____ 病院)

● 骨折 無・有 (部位; _____ 年/才頃・ _____ 病院・手術 無/有・抜釘 無/有)

2. その他の手術を受けたことはありますか？

無・有 (病名; _____ 年/才頃・ _____ 病院)

◆ 体内金属 無・有 (ステント・ペースメーカー・人工関節・その他 (_____))

3. 下記の病気はありますか？

● 気管支喘息 無・有 (_____ 年/才頃・ _____ 病院・最終発作 _____ 年/才頃)

● 糖尿病 無・有 (_____ 年/才頃・ _____ 病院・最新のHbA1c % (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日))

● 胃・十二指腸潰瘍 無・有 (_____ 年/才頃・ _____ 病院)

● 緑内障 無・有 (_____ 年/才頃・ _____ 病院・薬制限 無 (開放・正常圧) /有 (閉塞) /不明)

● その他の病気 (病名; _____ 年/才頃・ _____ 病院)

● アレルギー 無・有 (花粉症・アトピー・薬物/食物/金属アレルギー・その他 (_____))

* 湿布負け (かぶれ) 無・有・不明

◆ 現在内服中の薬 (血液をサラサラにする薬等) はありますか？ *薬手帳がある方はご提示をお願いします

無・有 (_____)

☆職歴・スポーツ歴を教えてください。

● 職種 (事務・製造・販売・漁業・農業・運送業・土木/建築業・教職・専門職・技術職・公務員・その他) 期間; _____

● スポーツ (野球・サッカー・テニス・バスケットボール・バドミントン・卓球・剣道・柔道・弓道・その他) 期間; _____

☆家族; _____ 人暮らし

★ご婦人の方へ 現在、妊娠の可能性 (無・有)、授乳中 (無・有)

***** スタッフ記載 *****			
記入日	R _____		
握力	右 _____ kg、	左 _____ kg	
体温	_____ °C (平熱 _____ °C)		
血圧・脈拍	/ _____ mmHg,		_____ bpm
呼吸時痛	無・有	SpO2 _____	% _____