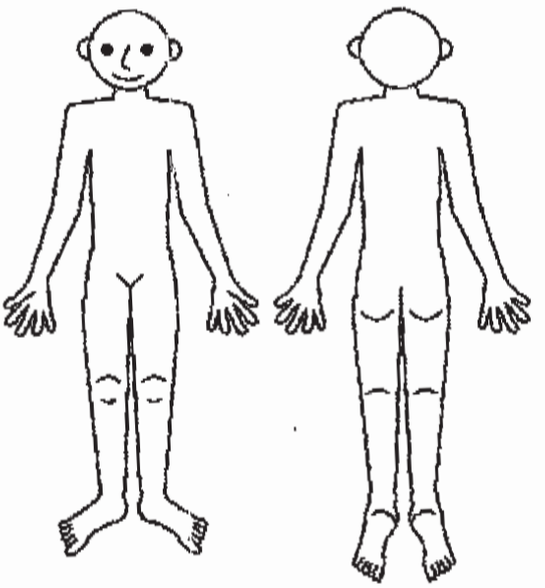
上野原梶谷整形外科問診票

お名前(フリガナ) _____ 男・女　生年月日 M・T・S・H　年　月　日

住所〒 _____ TEL _____

喫煙 なし ・ あり(　本/1日) 喫煙歴(　年)　携帯 _____

1、仕事内容(立ち仕事、事務、力仕事、運転手、主婦、
学生、無職、その他_____)



・病状のある部位に○をつけて下さい。

2、いつごろから、どのような症状でお困りですか?

●いつごろから(　年　月　日から)

●症状は　痛み・変形・腫れ・しびれ・骨折

その他(　)

●きっかけ、原因はありますか?

交通事故・仕事中のけが・転倒・スポーツ

ぶつけた・ぶつけられた

●スポーツに○をした方

スポーツの種類(　)

スポーツでどうしましたか(　)

3、現在あるいは過去に、この症状で治療を受けて
いますか?

いいえ　はい (　)

4、現在治療中、又は今までにかかった病気を○で囲んでください

高血圧 ・ 糖尿病 ・心臓病・脳梗塞・胃潰瘍・喘息・肝臓病・腎臓病・痛風・リウマチ

その他(　)

5、現在服用しているお薬はありますか?(お薬手帳があればご提示下さい。

いいえ ・ はい(　)

6、過去に怪我や病気で手術または治療を受けたことがありますか?

いいえ ・ はい(　)

7、今までに薬や注射・食品・ゴム手袋・金属などでアレルギーを起こしたことがありますか?

いいえ ・ はい(お薬・食べ物などの名前→　)

8、女性の方へ

妊娠中ですか?　はい ・ いいえ / 授乳中ですか?　はい ・ いいえ

9、介護・福祉的保険サービスは受けられていますか?

いいえ ・ はい(病院名　)