整形外科問診票

記入日:　年　月　日

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令　　年　月　日
氏名			
住所	〒　　ー		
電話番号			

どのような症状ですか？

□痛い□しびれる□動きにくい□腫れている
□何かできている□つっぱる□傷がある□捻挫□ぶつけた□やけど□その他(　　)

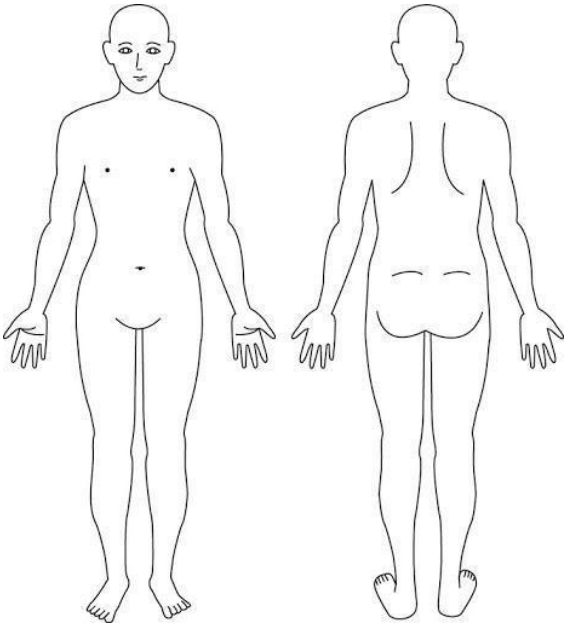
症状はいつ頃からありますか？
約(　　)日・週間・ヶ月・年前から

症状が出たきっかけは何ですか？

□落ちた□ぶつけた□ひねった□運動中□切った□はさんだ□交通事故□仕事中□原因不明
□その他(　　)

今回の症状で他の病院を受診されましたか？
□いいえ　□はい(　　)医院

症状のある部位に◯をつけて下さい。



過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
□なし　□あり(　　)

現在、治療中の病気はありますか？　□なし　□あり(　　)

現在、飲んでいるお薬はありますか？　□なし　□あり(　　)

喫煙、飲酒について教えてください喫煙:□吸わない
□吸う(　本/日 ×　年間)
　□禁煙した(　年前から。それまで喫煙(　本/日 ×　年間))飲酒:□飲まない
□飲む(週　日)　種類・量(　　)

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□なし　□あり(　　)

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ □いいえ　□はい（□妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中）
当院をどちらでお知りになりましたか？ □インターネット　□看板　□知人　□通りがかり　□その他（　　）

※ご協力ありがとうございました。

本問診の雛形は、メルプ WEB 問診により提供されています。
【メルプ WEB 問診】で検索！https://monshin.melp.life/

1 問診あたりの時間を 1/30 に削減！

メルプ WEB問診