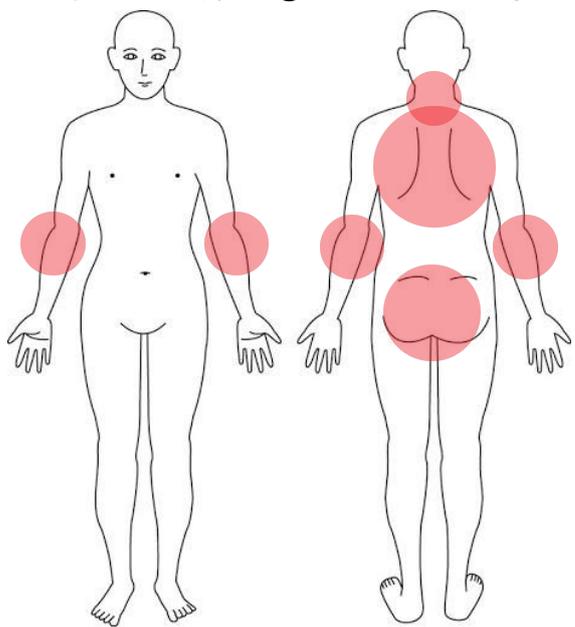


# 整形外科問診票

記入日：2024年 7月 19日

フリガナ	ヤマダ タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日
氏名	山田 太郎		大・昭・ <del>平</del> ・令 12年 2月 1日 西暦2000年2月1日
住所	〒111-2222 東京都千代田区1-1		
電話番号	000-3333-2222		

どのような症状ですか？ <input checked="" type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 何かできている <input type="checkbox"/> つっぱる <input type="checkbox"/> 傷がある <input checked="" type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> やけど <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 結構いたい )	症状のある部位に○をつけて下さい。 
症状はいつ頃からありますか？ 約 ( 1 ) 日・週間・ <input checked="" type="radio"/> ヶ月・年前から	
症状が出たきっかけは何ですか？ <input checked="" type="checkbox"/> 落ちた <input checked="" type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 運動中 <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> はさんだ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input checked="" type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( よくわかんない )	
今回の症状で他の病院を受診されましたか？ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )	
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？ <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( ダイエット中 )	
現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( プロテイン )	
喫煙、飲酒について教えてください 喫煙： <input checked="" type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う ( 本/日 × 年間 ) <input type="checkbox"/> 禁煙した ( 年前から。それまで喫煙 ( 本/日 × 年間 ) ) 飲酒： <input checked="" type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む ( 週 日 ) 種類・量 ( )	
お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( エビ )	
※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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 )	