

整形外科外来受診の方へ

フリガナ	生年月日:	年齢:
氏名	職業:	
電話番号 (必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください):		

1. 現在の症状についてご記入ください。

- 症状のあるところに ○ をつけてください。(右図)
- 具体的な部位がわかる方は、下記に✓をつけてください。

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 首 | <input type="checkbox"/> 背中 | <input type="checkbox"/> 胸・肋骨 |
| <input type="checkbox"/> 腰 | <input type="checkbox"/> でん部(お尻) | <input type="checkbox"/> 肩 |
| <input type="checkbox"/> 肘 | <input type="checkbox"/> 手首 | <input type="checkbox"/> 手 |
| <input type="checkbox"/> 指 () | <input type="checkbox"/> 股関節 | <input type="checkbox"/> 膝関節 |
| <input type="checkbox"/> 足関節 | <input type="checkbox"/> 足 () | |

その他: _____

*左右どちらですか? 左 右 両方

- いつ頃から症状がありますか?

けが・交通事故などの場合は、その日にちをご記入ください。

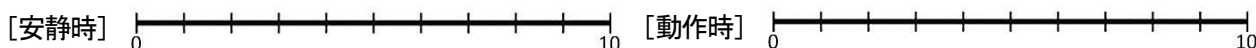
(受傷日: 年 月 日 時頃)

- どのような症状ですか?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> しびれ | <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> 変形 |
| <input type="checkbox"/> その他: _____ | | | |

→ 痛みがある場合には下記スケールの線上に痛みの程度を×印で示してください。

(0=痛みなし 10=これ以上ない痛み)



- 原因となるようなきっかけはありましたか?

なし / わからない

けが : _____

交通事故 労災 スポーツ : _____

- 今回の症状についてこれまでに治療を受けたことはありますか?

なし

あり → 治療を受けた医療機関名: _____ 治療を受けたとき: _____ 頃)

2. 食べ物、薬、注射などにアレルギーをお持ちですか?

なし あり: _____

3. これまでに病気・入院・手術の経験はありますか?

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸かいよう |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 | |
| <input type="checkbox"/> 手術: _____ | | <input type="checkbox"/> その他: _____ | | |

4. 定期的に飲んでいる薬がある方は、ご記入ください。

なし あり: _____

5. 女性の方にお伺いします。妊娠の可能性はありますか? なし あり

6. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。

7. あなたは輸血を受けてもよいですか? はい いいえ