

# 整形外科予診表

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 才

●お薬のアレルギーはありますか？ なし・あり ( )

(※女性の方のみ) 妊娠されていますか または可能性がありますか  
なし・あり ( \_\_\_\_\_ ヶ月) 授乳中

○ 今回の症状について

1. いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から) ( \_\_\_\_\_ 位前から)

2. どこが

3. どういう状況ですか？

痛い しびれ 重い 腫れている  
動きが悪い 骨折と言われた 切れている 内出血 冷える  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. 次の症状はありますか

頭痛	【なし・あり】	首の痛み	【なし・あり】
吐き気	【なし・あり】	めまい	【なし・あり】
背中痛み	【なし・あり】	腰の痛み	【なし・あり】
左腕のしびれ	【なし・あり】	右腕のしびれ	【なし・あり】
左足のしびれ	【なし・あり】	右足のしびれ	【なし・あり】

5. どこで 屋内 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 屋外 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 不明

6. 原因はありますか？ 【なし・あり】

( \_\_\_\_\_ )  
交通事故 ・ 労災 ・ その他(他人とのトラブル等)

7. 現在服用しているお薬はありますか？ 【なし・あり】

( \_\_\_\_\_ )

8. アレルギー疾患、食べ物でのアレルギーはありますか？ 【なし・あり】

( 花粉症 ・ ぜんそく ・ アトピー その他 \_\_\_\_\_ )

9. 今までにかかった病気、または治療中の病気はありますか？

なし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 前立腺 ・ 脳血管疾患  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

10. 伝えておきたいことがありましたらご記入お願いします

(例：ペースメーカー、体内金属、刺青等)

( \_\_\_\_\_ )

骨粗鬆症(こつそしょうしょう)の検査をしたことがありますか？

【いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)】

骨粗鬆症の治療をしていますか？ 【いいえ・はい】

治療中の方・・・お薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

記入後受付へお出してください