

# 初めて整形外科を受診される方へ

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

御名前 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男 ・ 女

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

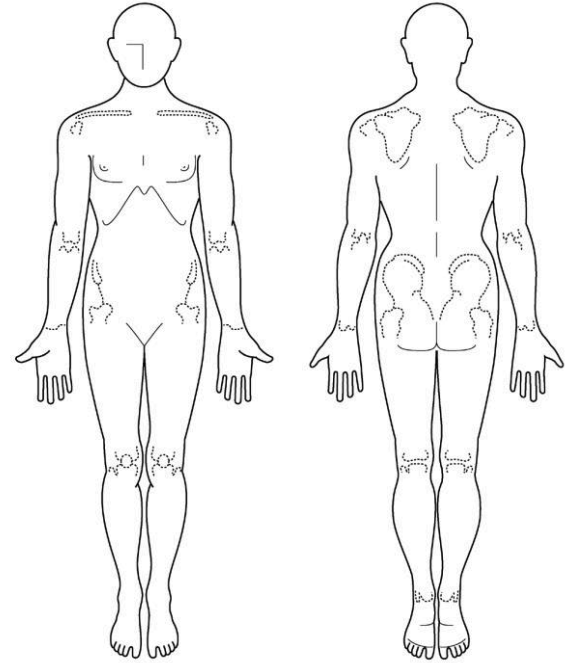
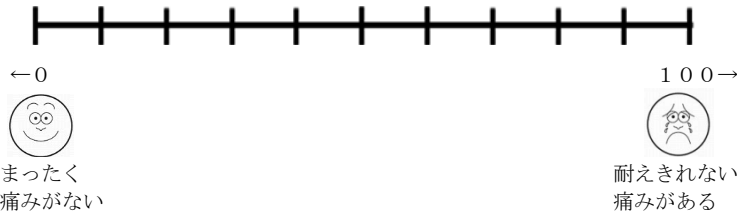
1 今日はどうなさいましたか？

2 症状がある部位に○印を付けてください。

3 症状はいつからですか？

4 痛み（症状）はどの程度ですか？

下の図に○印を付けてください。



5 今回の受診で期待されることは何ですか？

症状の緩和 セカンドオピニオン 精密検査 手術希望  
その他( )

6 この症状について、現在(もしくは過去に)他の医療機関などにおかかりですか？また、そこでは何とされていますか？

7 今まで、下記の病気にかかったり、治療を受けたりしたことはありますか？

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 肝機能障害 心疾患 癌 その他( )

8 今までに手術や入院をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方は、いつ頃ですか？ ( 前 才頃)

手術名：

9 今、お飲みになっている薬はありますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方は、薬の名前または、何の病気の薬かお分かりでしたら書いて下さい。

10 今までに薬を飲んで蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？

(はい・いいえ)

<女性の方へ>

11 現在妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ)

12 現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)