

整形外科予診カード

年 月 日

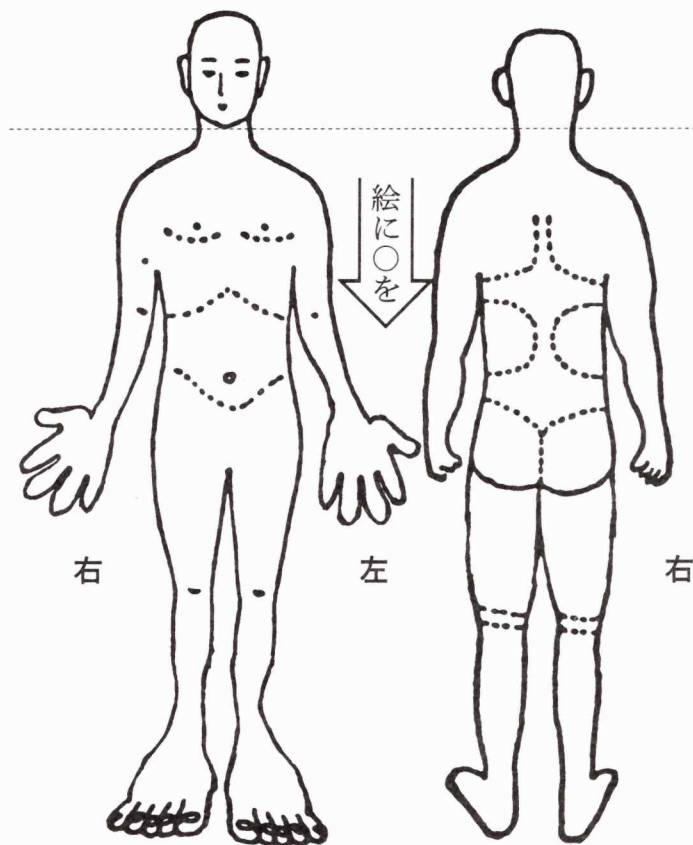
氏名

身長 cm

体重 kg

(1) 次の質問にお答えください。

- ① 身体の悪い部位に○を付けてください。
- ② どのように、悪いのですか？
痛む・鈍痛・しびれる・重くるしい
腫れている・動きが悪い・その他
()
- ③ いつ頃から悪いのですか？
()
- ④ 何か思いあたる原因がありますか？
ある(具体的に)
なし わからない



(2) 注射、投薬、レントゲン撮影等の参考に致しますので、次の質問にお答えください。

- ① 薬の過敏症 (アレルギー症状)はありますか？
ある(くすり名) なし
- ② 現在妊娠 している(ヶ月) 可能性あり していない
- ③ 他科他院の薬をのんでいますか？ いる(科) いない
- ④ 現在、消化管・肝臓・腎臓・心臓・血圧・糖尿病・脳・その他内臓疾患がありますか？
ある(病名) なし

(3) これまでに、大きな病気や、けがをしたことがありますか？

(他科他院の病気や手術も含む)

ある(病名) なし

(4) 以前に、当院整形外科の診療を受けたことがありますか？

わかれば病名もお書きください。

ある 年 月頃

(病名)

ない