

整形外科問診票（全ての患者さん）

お名前（ ）

問1. 現在定期的に飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい

問2. 歯やけがなどの治療で麻酔注射をしたことありますか？

いいえ はい 分からない

その時異常はありましたか？ いいえ はい（症状 ）

問3. 喫煙・飲酒の習慣についておたずねします

(1) 喫煙 吸う () 歳から 1日 () 本

吸っていた () 歳から () 歳まで 1日 () 本

吸わない

(2) 飲酒 よく飲む ときどき飲む 以前はよく飲んだ () 年間

種類 () を量 () 杯 合 本 週 () 回

ほとんど飲まない

問4. どのようなお仕事ですか？ 立ち仕事 座り仕事 家事 無職

問5. 女性のみ：妊娠している可能性はありますか？

いいえ はい（妊娠 週） わからない

整形外科問診票（紹介状をお持ちでない方）

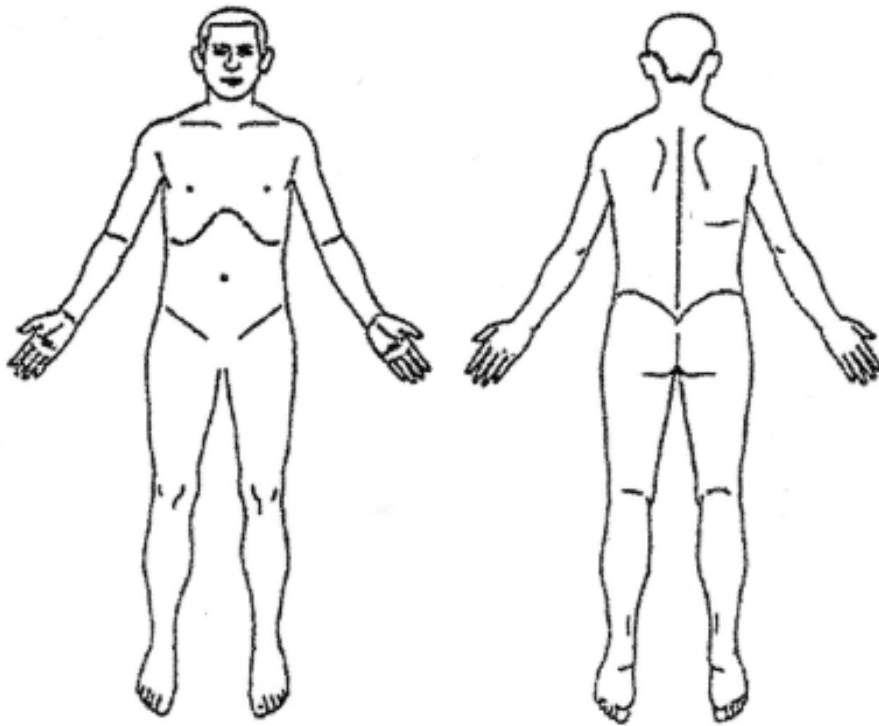
問1. 本日、受診された理由（都合の悪い場所に○を付けてください）

いつから・・・（ ）

どこに・・・（ ）

どのような・・・（ ）

（都合の悪い場所に○を付けてください）



都合悪い部位で今まで治療を受けたことがありますか？ はい いいえ

問2. 現在スポーツはされていますか？

していない している（種目： ）