

整形外科外来 予診票

氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 性別 (男 ・ 女) _____

予診票を記入して頂きますが、診察時、医師が症状を詳しくお聞きしますので、ご協力お願い致します。

①今日は、どうなさいましたか？

1) つらいのは、いつ頃からですか？
(年 月 日頃から)

2) どこですか？ 右記に○をつけて下さい。
①部位 ()

右・左

②部位 ()

右・左

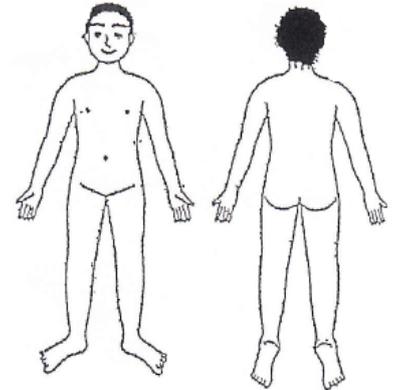
3) どのような症状ですか？ ○をつけて下さい。
痛み ・ しびれ ・ 重苦しさ ・ 腫れ
その他 ()

4) 考えられる原因は、ありますか？ ○をつけて下さい。

(交通事故 ・ 工作中的けが ・ スポーツ中のけが ・ ない ・ ある
その他)

()

内容)



②その症状は、どんな時に起こりますか？ ○をつけて下さい。

常時 ・ 安静時 ・ 動作時 (起き上がり時 ・ 立ち上がり時 ・ 歩行時)
その他

()

③当院以外で、この症状に関して治療を受けたことがありますか？

ない ・ ある

湘南東部総合病院 救急外来 (月 日)

医療機関名 :

紹介状 : なし ・ あり

④今までに、大きな病気や、手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある

医療機関名 :

紹介状 : なし ・ あり

⑤また、現在治療している病気は、ありますか？

ない ・ ある

(脳血管障害 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息)

その他 ()

⑥現在内服中のお薬がありますか？

ない ・ ある
)

内容 (

⑦今までに飲み薬 ・ 湿布 や 食べ物 でアレルギーを起こしたことがありますか？

ない ・ ある
)

内容 (

⑧女性の方へお伺いします。

現在、妊娠の可能性はありますか？

ない ・ ある