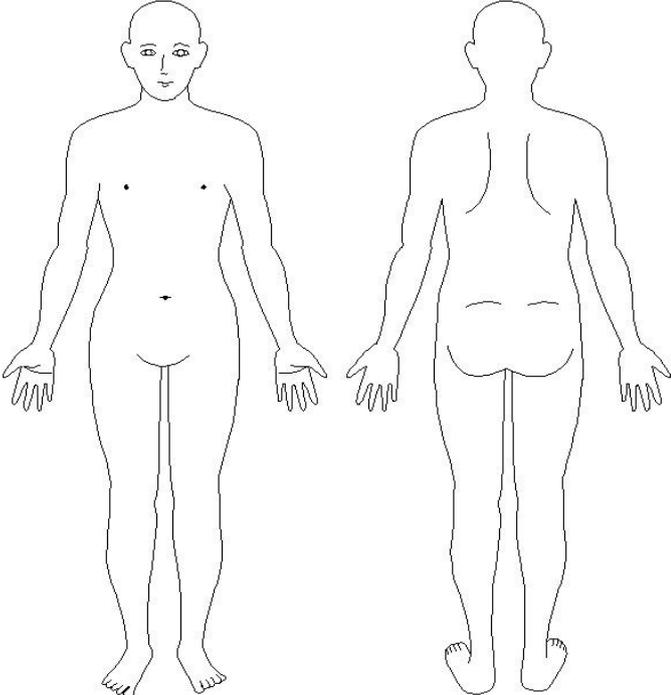


【整形外科 問診票】

年 月 日

フガナ 氏名	年齢	歳	男	女
職業	身長	cm	体重	kg
スポーツ歴	喫煙歴：なし・あり（ 本/日）・やめた			
飲酒歴：なし・あり（ ml・合/日）				
どのような症状で受診しますか？ 痛みのある場所に○ しびれのある場所に///（斜線）で印をつけて下さい	現在治療中の病気はありますか？ あり なし 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 その他			
	過去に病気・手術をしたことがありますか？ あり なし 心臓病 脳血管疾患 喘息 糖尿病 高血圧			
	現在飲んでいる薬がありますか？ あり なし *お薬手帳・薬剤情報をお持ちの方は提出してください。			
その症状はいつからですか？	妊娠の可能性はありますか？ あり なし			
原因はありますか？	アレルギーはありますか？ あり なし			
感染症についてお聞きします 1週間以内のコロナ陽性者や濃厚接触者・インフルエンザ・風邪症状のある人との接触はい（時期 ） いいえ 過去1週間以内に新たに生じた症状はありますか <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 味を感じにくい <input type="checkbox"/> においを感じにくい <input type="checkbox"/> 該当なし				