

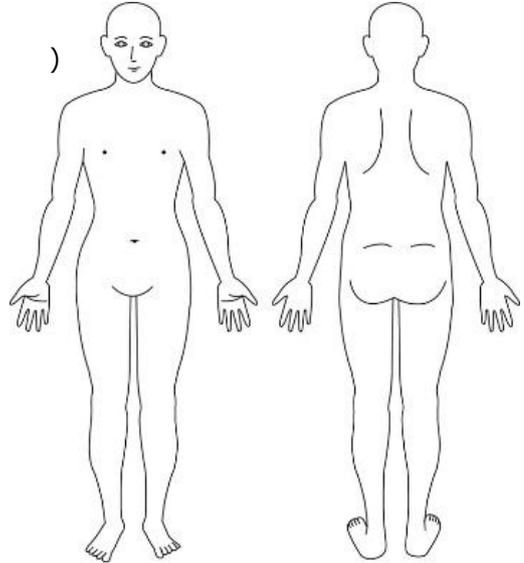
整形外科外来問診票

記入者：..... 関係：.....

お名前..... 年齢..... 歳 性別 男 女

身長：..... cm 体重：..... kg スポーツ歴：.....

ご本人連絡先 (携帯電話.....)



1. 右図に、具合の悪いところに●を付けてください。

2. いつ頃からですか 年 月 日頃
原因は

3. 症状で一番気になっていることは

4. 上記の内容で他の病院を受診されましたか？
いいえ はい (病院名：..... 診断名：.....)

5. 今までに次のような病気をしたことはありますか？
心臓病・高血圧・腎臓病・胃腸病・肝臓病・糖尿病・結核・その他 (.....)
現在通院している いいえ はい (病名：.....)

6. 現在内服中の薬 (.....)
お薬手帳はありますか？ いいえ はい

7. 今までに手術や輸血を受けたことはありますか？
手術：いいえ はい (病名：.....)
輸血：いいえ はい

8. 食べ物のアレルギーはありますか いいえ はい (.....)

9. 薬や注射のアレルギーはありますか いいえ はい (薬品名：.....)
その時の症状：じんましん・しびれ・気分不快・その他 (.....)

10. 1日の酒量 (例ビール3本等) : タバコ：1日 (.....) 本

11. 女性のみ 現在妊娠中または妊娠の可能性がある。 はい いいえ

12. コロナ感染症に罹患したことがありますか？ いいえ はい (いつ頃 年 月)

可能な限りご記入をお願いいたします

1. 病状説明や今後の治療選択時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名 _____ 関係 _____ ☎ _____

氏名 _____ 関係 _____ ☎ _____

2. 世帯について教えてください

1人暮らし 配偶者と2人暮らし その他家族有り

3. 介護保険は利用していますか

未申請 申請中 申請済 (要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当)

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

かかりつけ医： _____ ☎ _____

地域包括： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____

ケアマネ： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____

生活保護ケースワーカー： _____ 役所 担当者 _____ ☎ _____

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい 悪い話は聞きたくない

ご要望：
.....

6. 今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください

.....
.....

7. 今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください

例) 仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

.....
.....

8. その他、ご意見、ご要望をご記入ください

.....
.....

※記入後はお薬手帳と一緒に受付にお渡しください

※ご不明なことは受付にお問い合わせください