

整形外科 問診票

受診日：令和 年 月 日

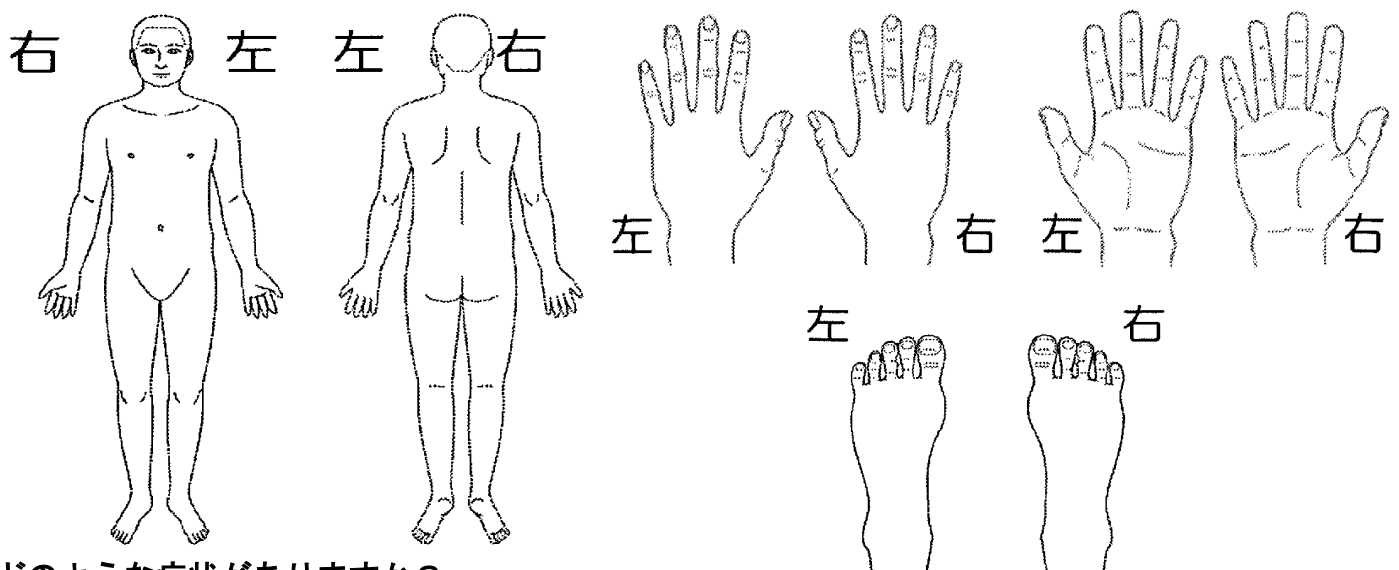
【基本情報】

ふりがな	I D :		
氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日 (歳)
住所	〒 —		
電話番号	自宅 :	携帯 :	
職業			
緊急連絡先 (任意)	お名前 : (続柄 :) 電話番号 :		

【本日の受診理由】

- ① いつからその症状がありますか？
() 月 () 日から (その他 :)
- ② 症状が出たきっかけに✓をつけてください。
どこで： ☐ 自宅で ☐ 学校で ☐ 職場で(労災) ☐ その他 ()
☐ 交通事故 (自賠責 / 労災)
- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 思い当たることはない | ☐ スポーツ(競技名:) | ☐ ぶつけた |
| ☐ 転倒 | ☐ 重たいものを持ち上げた | ☐ ひねった |
| ☐ その他 () | | |

- ③ 症状(痛み・違和感など)のある部位に○をつけてください。



- ④ どのような症状がありますか？

☐ いたい	☐ しびれ	☐ はれている	☐ 熱をもっている
☐ 変形している	☐ 動かしにくい	☐ 力が入らない	☐ 傷がある
☐ その他 ()			

