

# 予 診 表

弘前市立病院 整形外科外来  
年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

お薬手帳はお持ちですか？ 有 ・ 無

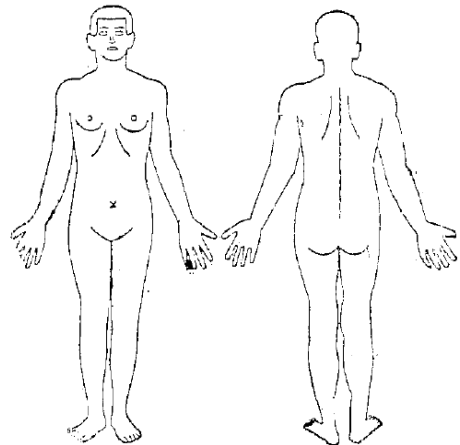
この度は、弘前市立病院整形外科をご利用くださいまして、ありがとうございます。診察の時に  
またお聞きますが、お待ちになっている間に下記の事について簡単にお答え下さい。

◎ 以前 こちらの整形外科を受診したことがありますか？

いいえ はい \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 病名 \_\_\_\_\_

◎ どこが具合悪いですか？

右の絵に○印をつけて下さい



◎ どのように具合が悪いですか？

痛み・しびれ・変形・腫れ・動きが悪い・力が入らない  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

◎ いつ頃から悪くなりましたか？

\_\_\_\_\_ 日位前 \_\_\_\_\_ 週間前 \_\_\_\_\_ ヶ月前 \_\_\_\_\_ 年前

◎ 痛みの原因と思われる事がありますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

◎ どこかで治療を受けていますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

◎ どのような治療を受けていますか？

( \_\_\_\_\_ )

◎ 今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

◎ 今までに大きなケガ・病気・手術をしたことがありますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 )

◎ 妊娠中ですか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 週目位 ) 授乳中ですか？ いいえ はい

◎ 現在何か薬を服用中ですか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

◎ 2～3日前にバリウム等を使った胃や腸の検査をしましたか？

いいえ はい