

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

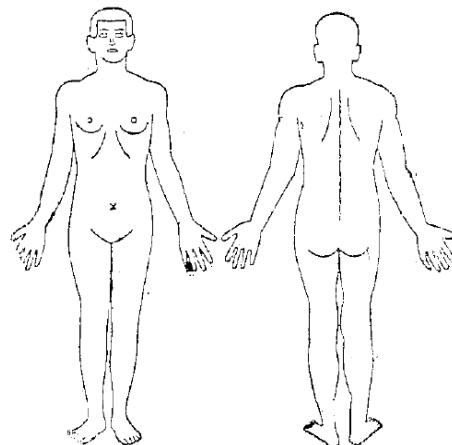
この度は、弘前市立病院整形外科をご利用くださいまして、ありがとうございます。診察の時にまたお聞きしますが、お待ちになっている間に下記の事について簡単にお答え下さい。

◎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 ケ月前 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 ()