

# 問診表(整形外科)

記入日 年 月 日

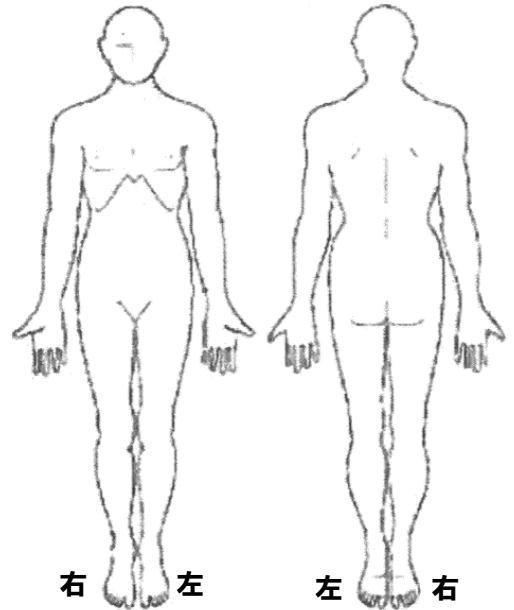
フリガナ  
氏名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

身長 ( cm) 体重 ( kg) 体温 ( °C)

以下の症状はありませんか

- 37度以上の熱 のどの痛み 鼻水 咳 体がだるい  
2週間以内に新型コロナウイルス陽性患者との接触はありましたか  
はい いいえ



どの部分の症状ですか 右の図に○印を付けてください

どのような症状ですか

- 痛い しびれる 動かしにくい 傷がある 腫れている 熱をもっている  
その他

いつ頃からその症状が出ていますか

症状が出たきっかけは何ですか

どういう時に症状がありますか

かかりつけの医療機関はありますか はい いいえ

⇒ 現在どちらの医療機関で治療されていますか

現在、治療中の病気はありますか はい いいえ

- ⇒ 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 高脂血症  
胃潰瘍 ぜんそく 腎臓病 リウマチ 痛風  
その他 ( )

現在、お薬を飲んでいますか はい いいえ

⇒ 服用中のお薬

裏面あり

※お薬手帳をお持ちの方は  
ご提示ください

