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

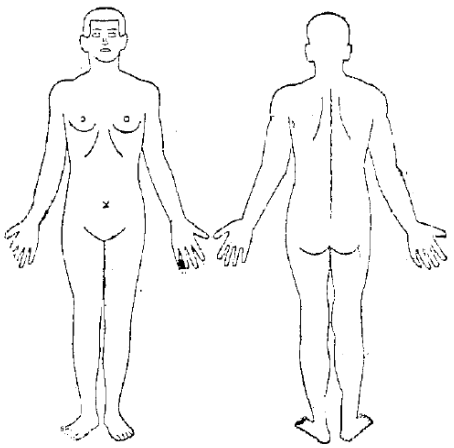
お薬手帳はお持ちですか？　有　・　無

診察の時に再度お聞きしますが、下記の事について簡単にお答え下さい。

◎以前　当院の整形外科を受診したことがありますか？
　ない ・ ある（　　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？
　ない ・ ある（　　）

◎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？
　ない ・ ある（　　）

◎今までに大きなケガ・病気・手術をしたことがありますか？
　ない ・ ある（　　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