

# 整形外科問診票

お名前

身長

cm

体重

kg

職業

どの部分が具合が悪いですか？

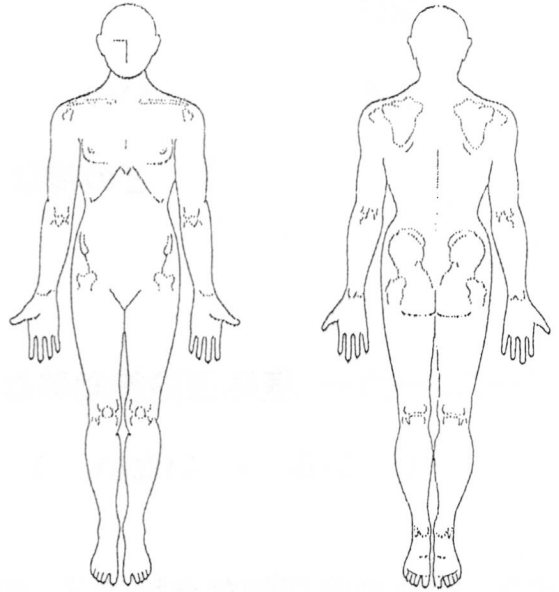
(図に印をつけて下さい)

どの様な症状ですか？

痛み しびれ 動きが悪い

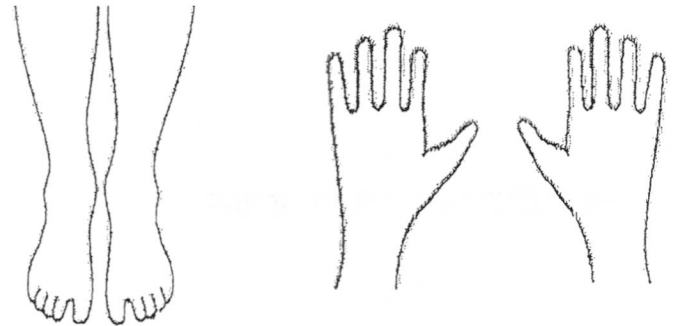
変形 はれ できもの

その他



いつ頃からの症状ですか？

思い当たる原因はありますか？



今回の症状に対する治療歴はありますか？

( ない・ある )

当院

他院 (病院、クリニック名

)

**裏面もご記入ください**