

# 整形外科問診票 (初診の方)

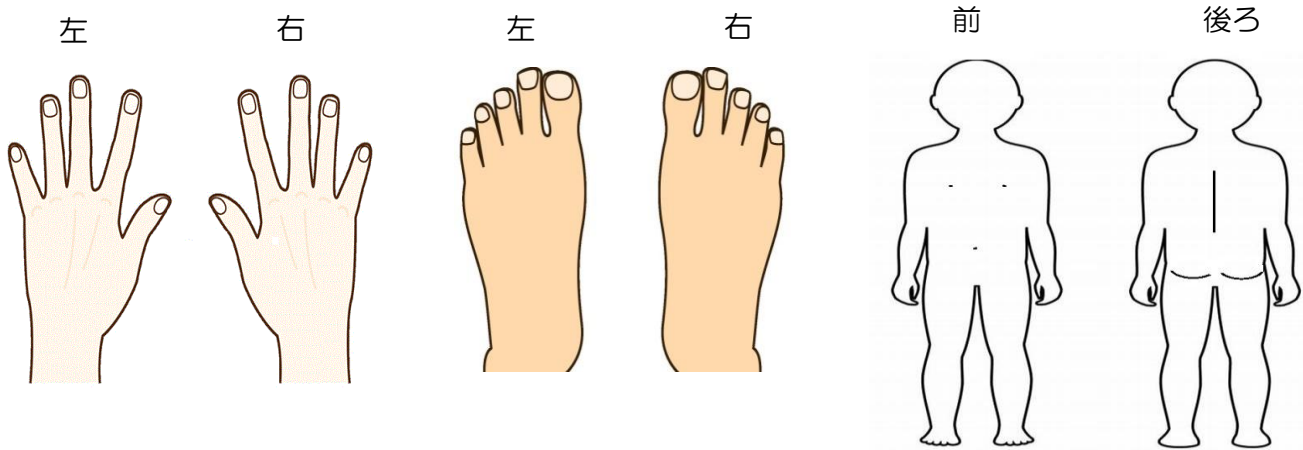
20 年 月 日

お名前； 年齢； 歳

1. 今回の受診は、交通事故や労働災害によるものですか

いいえ  交通事故による受診  労働災害による受診

2. 症状のある場所に○をつけて下さい

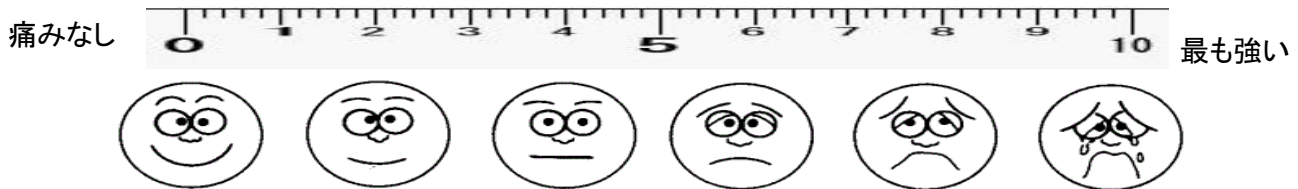


3. 症状はいつからですか ( ) 日・週・月・年 前から

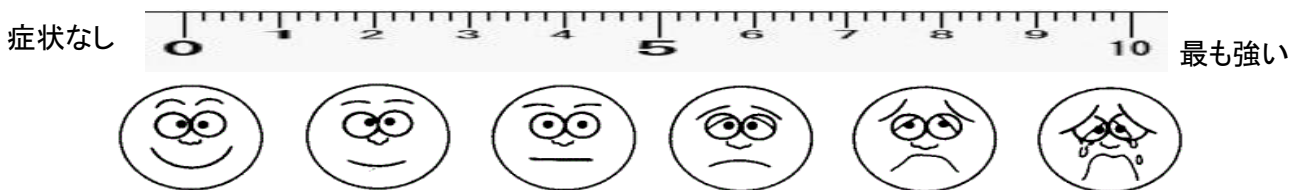
4. どのような症状ですか

[ ]

5. 現在、痛みがどのくらいの位置にあるかを下の線上に○で示して下さい



6. 現在、痛み以外の症状がどのくらいの位置にあるかを下の線上に○で示して下さい



裏面もあります→→→

