新 ・ 再

小児整形外科 問診票

※小学生まで

記入日　　年　　月　　日

ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日
		年齢	歳　　か月

住所	〒

連絡先①	父・母・その他（　　）	連絡先②	父・母・その他（　　）

体重	kg	身長	cm	体温	℃

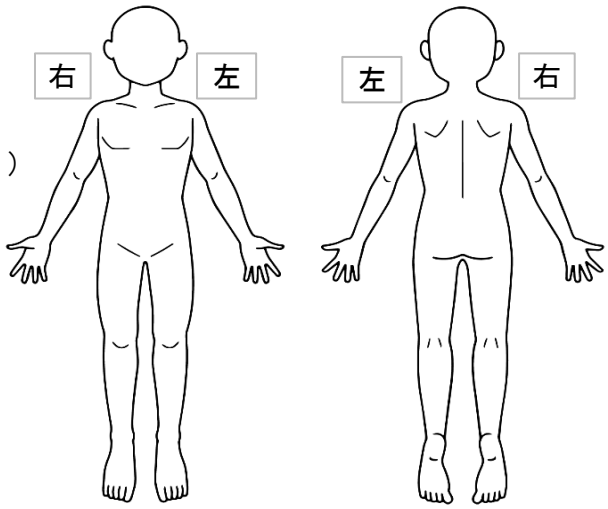
薬・食物アレルギー	

過去に大きな病気などの経験はありますか		ご家族の既往歴	

他院より紹介はありますか	紹介状　有 ・ 無 紹介元　病院名 ：（　　）

① 本日の受診目的・症状を下記から選択してください。

★部位に〇をつけてください



☐ 外傷・ケガ　※どのような状況でケガしましたか？

[　　]

☐ 学校・他院検診の二次検診 （内容 ：　　）

☐ わからない ※痛みの有無 ： 有 ・ 無

☐ その他 （例 ： 歩き方・姿勢が気になる等 ）

[　　]

② 症状はいつ頃からありますか？

③ 検診や他院で指摘された内容があればご記入ください。

注：歩行時や気になる動きの動画がある場合は、必ずスマホなどで撮影しお持ちください。

おおぎや整形外科