

ID :

◎ホームページ用

# 整形外科問診票

職員記入欄	新患		初診		再診		別部位	
	受付	Dr	XP	MRI	PT	リハ		
診察日	年 月 日		大正		昭和		平成	
(フリガナ)			生年月日		年 月 日			
氏名	男・女							
自宅住所	〒 — — (自宅電話)		— — (携帯電話)		— —			
身長	cm		体重		kg			

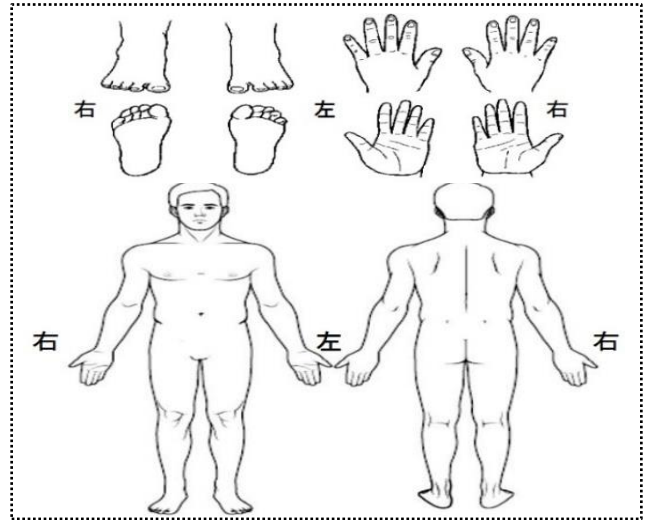
## 1.いつ頃からどのような症状でお困りですか

- 症状のある部位を右の図で示してください ⇒
- いつ頃からですか。 \_\_\_\_\_ 頃から
- どのような症状ですか。

- 痛い (安静時・動作時・起床時・就寝中)  
性質 (ズキズキ・ジンジン・鋭い・にぶい)

### ※どのような動作で痛いですか

- ( \_\_\_\_\_ )
- 張りがある                       腫れている・熱がある
- 違和感がある                       しびれる
- その他 ( \_\_\_\_\_ )



## • 症状が出たきっかけ、原因は何ですか

- 原因不明       転んだ
- その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 労災・交通事故 (受傷日 年 月 日)
- スポーツ受傷 ⇒ 競技をされる方は、スポーツ問診票もお書きください

## • 過去に手術を受けた事がありますか

- いいえ
- はい ( \_\_\_\_\_ )

## 2.他病院で検査や治療を受けていますか ※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書き下さい

- いいえ       はい ( \_\_\_\_\_ )

## 3.今までに下記の病気、その他入院を必要とする病気にかかったことはありますか

- 心臓病       腎臓病       肝臓病
- 糖尿病       高血圧       喘息
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4.現在服用している薬がごございますか ※お薬手帳ございましたら、ご提出ください

- いいえ
- はい
- (お薬の名前 \_\_\_\_\_ )

## 5.麻酔 (歯医者含む) で気分が悪くなったことがありますか

- いいえ       はい

## 6.薬で副作用が出たことがありますか

- いいえ
- はい ( \_\_\_\_\_ )

## 7.妊娠の可能性ありますか (女性の方のみ)

- いいえ       妊娠の可能性がある
- 妊娠中       授乳中である

## 8.何らかの形で介護保険を利用されていますか

- いいえ
- はい ( \_\_\_\_\_ )

## 9.リハビリを希望されますか

- 希望します       必要であれば希望します       希望しません

当院を何で知りましたか

インターネット・看板・知人の紹介 ( \_\_\_\_\_ 様) ・セミナー・その他

## \*再診の方へ

• 本日の体調はいかがですか?       良い       普通       悪い

• 初診時の痛みを[10]とすると本日はいくらくらいですか?      (強い) 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 (弱い)