

整形外科問診票

診察日	年 月 日						
職員 記入 欄	初診	再初診		再診		別部位	
	受付	Dr	XP	DEXA	ESWT		PT

来院時間： ID： 体温：

フリガナ		(男・女)	生年月日	T・S H・R	年	月	日	歳
1	ご氏名							
2	ご住所	〒	-	電話番号	()			
				携帯番号	()			

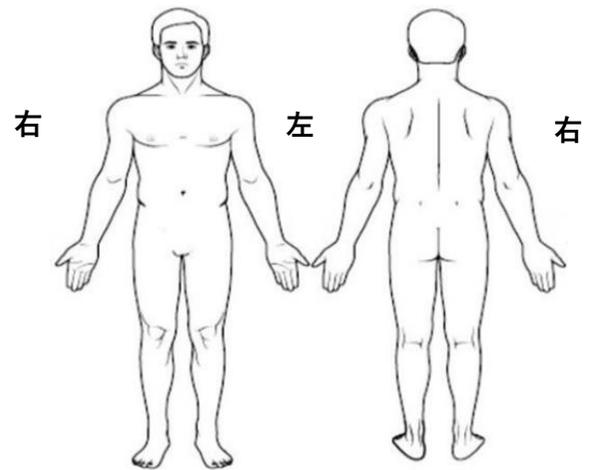
3 来院の目的 (希望される診療内容) を教えてください (複数回答可)

- 診察 リハビリ 体外衝撃波治療 骨粗鬆症の検査
 (その他具体的な希望事項：)

4 今日はどこが痛みますか? (痛いところを図や言葉で記載してください)

- ① 頸部 (首の付け根) 肩 (腕の付け根) 肘 手 背中 腰 股 (足の付け根) 膝
 足 その他 ()

- ② _____ 頃から症状があります
 ③ どのような症状ですか? (その他具体的に記載してください)



- じっとしていても痛い 動かすと痛い 痺れがある
 その他 ()

- ④ 症状が出たきっかけはありますか?
 (ある場合は具体的に記載してください)
 ない ある ()

- ⑤ 他の病院で診断や治療を受けていますか?
 (受けている場合は病院名、診断名、治療内容がわかれば具体的に記載してください)



- いいえ はい (病院名：
 診断名： 治療内容：)

- 5 過去に手術を受けた事がありますか?
 (ある場合は何の病気でいつ頃受けたかなど)

- いいえ はい ()

- 6 今までに下記の病気にかかったことがありますか?

- 心筋梗塞・狭心症 脳梗塞・脳出血 喘息 その他 ()

- 7 今かかっている病気はありますか?

- 高血圧 糖尿病 腎臓病 心臓病 脳疾患 精神疾患 その他 ()

- 8 現在服用している薬はありますか? *お薬手帳をご提出ください

- いいえ はい (お薬の名前：)

- 9 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

- 10 薬や食物のアレルギーはありますか?

- いいえ はい (お薬やアレルギーの名前：)

- 11 介護保険を利用されていますか?

- いいえ はい (デイケア デイサービス ヘルパー 訪問看護 訪問リハ 福祉用具)
 介護度 (要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5)

- 12 最後に当院を何で知りましたか?

- 知人の紹介 (様) 広告 (サンデー福岡 西鉄バス) 看板
 ホームページ SNS セミナー その他 ()