

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)

- 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 ()

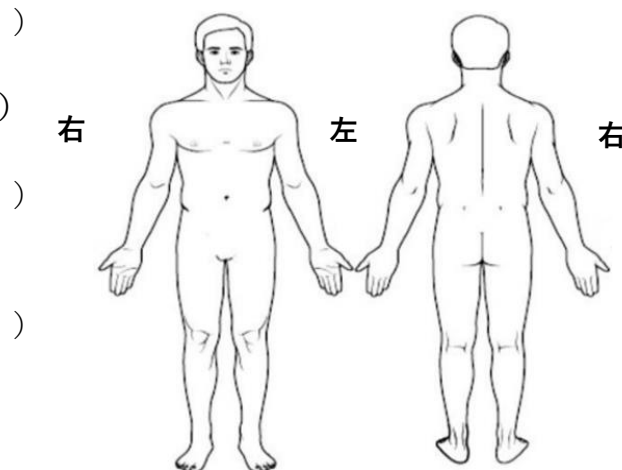
⑤ 他の病院で診断や治療を受けていますか?

(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 ()