

ID :

◎ ホームページ用

体温(°C)

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					
(フリガナ)		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和		年齢
氏名				年 月 日		歳
自宅住所	〒 —					
	(自宅電話) — —			(携帯電話) — —		
	緊急連絡先	— —		(続柄:)		
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

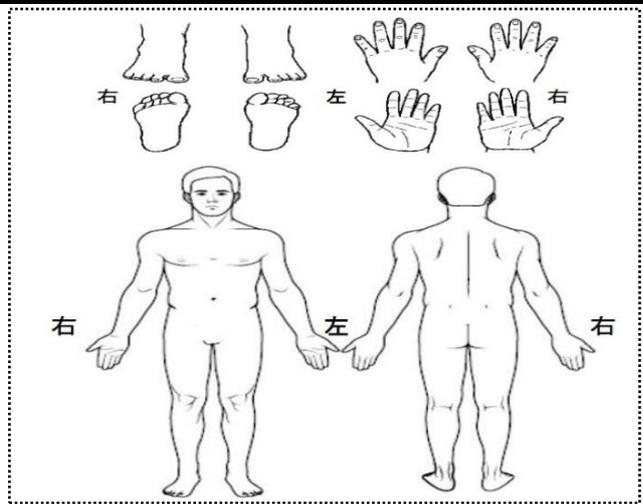
- ・症状のある部位を右の図で示してください ⇒
- ・いつ頃からですか。 _____ 頃から
- ・どのような症状ですか。

- 痛い(安静時・動作時・起床時・就寝中)
- しびれ 腫れている・熱がある
- その他()

2.症状が出たきっかけ、原因は何ですか

- 原因不明 その他()
- 転倒・その他外傷・学校での怪我・労災・交通事故
- ※○を付けて下さい
- 受傷日(年 月 日)
- 内容()

※ スポーツ・競技をされる方は、スポーツ問診票もお書きください



3.今回の症状に対し、他病院で検査や治療を受けていますか

※「はい」の場合は当てはまる項目に○をしてください

- いいえ はい リハビリ ・ お薬 ・ 画像検査(X線 / MRI等) ・ 血液検査

4.今までに下記の病気にかかったことはありますか

- がん(部位:)
- 関節リウマチ 骨粗鬆症
- その他の疾患 ()

5.現在服用している薬がございませうか

- いいえ
- はい
- (薬の名前:)
- ※ お薬手帳ございましたら、ご提出ください

6.過去に手術を受けたことがありますか

- いいえ
- はい(部位:)

7.体内に金属等がありますか

- いいえ ペースメーカー
- スtent その他()

8.麻酔使用(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()

9.薬で副作用が出たことがありますか

- いいえ はい()

10.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

11.介護保険を利用されていますか

- いいえ ※ 介護保険を利用した施設入所も含む
- はい ()

12.リハビリを希望されますか

- 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