

ID:

体温 ( °C )

# 整形外科問診票

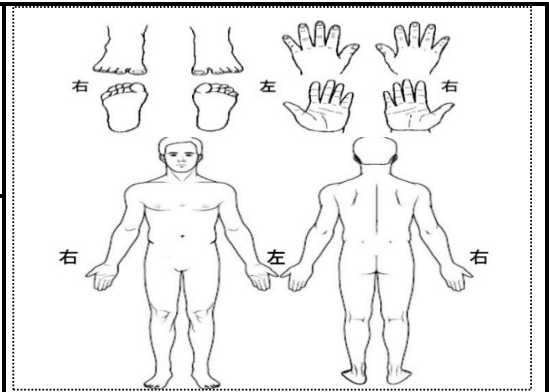
( : )

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		生年 年月日	大正・昭和・平成・令和	年齢	歳
(フリガナ)				男・女	年 月 日	職業
氏名						
	〒 - -					
	(自宅電話) - -			(携帯電話) - -		
自宅住所	(続柄: ) ※必ず記載ください※					
	緊急連絡先					
身長	cm		体重	kg		

- ◆他院からの紹介状は  ない  ある
- ◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか  いいえ  はい
- ◆この1年で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか  
 いいえ  はい 受診時期: \_\_\_\_\_  
 指摘事項: \_\_\_\_\_

- 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  
 (なし・あり) \_\_\_\_\_ 年 月頃  
 病院名: ( \_\_\_\_\_ )  
 【検査内容】画像検査(X線/MRI等) 血液検査・超音波  
 【治療内容】リハビリ・お薬・その他( \_\_\_\_\_ )



- 日頃よりスポーツ・運動習慣はありますか  いいえ  はい (スポーツ/運動: \_\_\_\_\_ 頻度: \_\_\_\_\_ /週)

## ●下記欄(太枠内)に希望部位の詳細をご記入ください

部位	①	②
いつから	年 月 日頃	年 月 日頃
原因	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) 交通事故・労災・学校での受傷	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) 交通事故・労災・学校での受傷
症状	<input type="checkbox"/> 痛い(安静時・動作時・起床時・夜間時) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 違和感	<input type="checkbox"/> 痛い(安静時・動作時・起床時・夜間時) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 違和感

備考	
職員記入欄	

- 持病、既往歴はありますか  いいえ  はい  
 [高血圧・喘息・狭心症・心筋梗塞・糖尿病  
 痛風・骨粗鬆症・精神疾患・関節リウマチ・がん]  
 [その他] 上記以外である方はご記入ください ( \_\_\_\_\_ )
- 手術歴はありますか  いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ )
- 現在服用されている薬はありますか  いいえ  はい ( ※手帳あり・なし )
- 麻酔や薬で副作用が出たことはありますか  いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ )
- 体内に金属等がありますか  いいえ  はい (ペースメーカー □ステント □その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 女性の方へ質問です 妊娠中ですか [  いいえ  はい ] 授乳中ですか [  いいえ  はい ]
- 介護認定は受けていますか  いいえ  はい ( 要介護: 1 2 3 4 5 要支援: 1 2 )  
 利用サービス: デイケア デイサービス その他  
 →リハビリは行っていますか  いいえ  はい
- リハビリを希望されますか  いいえ  必要があれば・はい
- 当院は何で知りましたか \_\_\_\_\_ インターネット・看板・セミナー等・【知人・家族 \_\_\_\_\_ 様】