整形外科問診票
ORTHOPAEDIC CONSULTATION QUESTIONNAIRE

ふりがな
Name 氏名　Last (Middle) 姓 (　　) _____ First 名 (　　) _____　Age 年齢(_____)歳　Date of Consultation YYYY 年 MM 月 DD 日 受診日:西暦_____年____月____日

＊赤い部分はできるだけご記入ください。

Number of problems
1. 診察に来られた症状はいくつありますか？
One □1個　Morethan 2 □2 個 以上

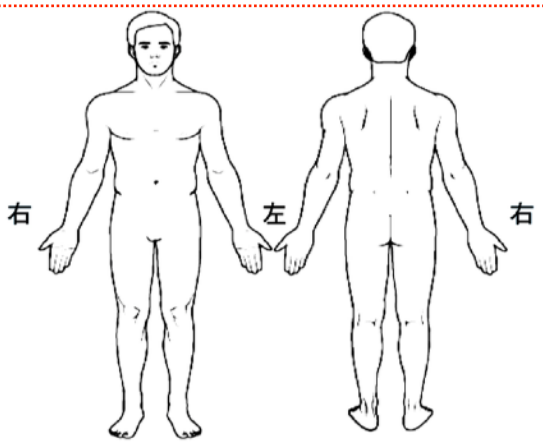
＊症状が3つ以上の場合、混み具合によっては、診察部位を優先
2箇所にさせていただくことがあります。ご了承ください。

Indicate your symptoms and its lesion in the figure on the right
2. どのような症状がありますか？
(部位は右の図にご記入ください)
Pain □痛い　Swollen or Edema □腫れている　numbness □しびれる　dysfunction □動きにくい　unable to walk or stand □歩けない
Others □その他（_____）
＊症状が３個以上ある方も右図にご記入ください。

Cause of symptom, Period of symptom started
3. 症状の原因について教えてください。
発生状況：Fall down, Contusion or Sprain □転倒・打撲・捻挫　Sport Injury □スポーツ　Work or School Injury □仕事・学校
Traffic Accident or Casualty □交通事故・傷害　Othres □その他　Unclear □不明
The detail of Cause or Injury
・状況を詳しくご記入下さい
（_____）□不明
・発症時期をご記入下さい（_____）□不明

Indicate your pain scale in the figure below
4. 痛みの強さと、困り具合を、痛みスケールと困難度スケールに縦線を入れて、お示し下さい。

Indicate your symptoms
症状の 部位 を 下図にご記入ください
Pain X 痛い部位　Numbness //// しびれている部位
Swollen ◯ 腫れている部位



手足の症状の方は下にご記入下さい

痛みスケール (Pain Scale)

痛みなし	少し痛い	結構痛い	かなり痛い	考えられる最大の痛み
None	less	moderate	severe	intolerable

生活・仕事・趣味動作の困難度 (Disability Scale)

困ってない	少し困る	頑張らないとできない	できない時もある	痛くて何もできない
Free	a bit hard	moderate hard	difficult	unable

History of consultation or investigation in other clinic
6. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？
No □いいえ　Yes □はい　（それはいつですか？ YYYY _____年 MM _____月 DD _____日頃）

6-1. 「はい」の方は以下もお答えください。
何か検査や治療を行いましたか？
No □いいえ　Yes □はい
X-ray □レントゲン　UltraSound □超音波検査　□MRI　□CT　Bloodtest □血液検査
Prescription □お 薬　Injection □注射　Physiotherapy □リハビリ　Cast or Splint □ ギプス　Surgery □手術
Others □その他（_____）

Past history of disease or operation related to current symptom
7. 過去に現在の症状と関連した病気や手術の既往はありますか？
Yes □あり　Diagnosis 病名（_____）　Surgery 手術名（_____）
No □なし　Date 時期（西暦 YYYY _____Year 年 MM _____Month 月 DD _____Day 日）

For woman only
8. 女性の方のみお答えください。
8-1. Possibility of pregnancy 妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか？　No □いいえ　Yes □はい　Unclear □不明
8-2. Breast feeding 授乳中ですか？　No □いいえ　Yes □はい

裏面もあります。診察効率化のため、ご協力よろしくお願いいたします。

初診患者さん用予診チャート

お名前		受診日	
お仕事		スポーツ	

1. 本日の診察のご希望があれば教えてください。（複数回答可）

☐ 早く帰りたい（何時までに？＿＿時＿＿分）　☐ 手短かに診察（詳しい検査・説明は不要）
☐ 診断のための検査（エコー、MRI、血液検査など）をしっかり受けたい　☐ 病状の説明をしっかり受けたい
☐ 出来るだけ原因の治療をしたい　☐ 早期に症状を取りたい
☐ リハビリ（物理療法）を受けたい
☐ セカンドオピニオン　☐ 手術を受けたい　＊手術や複雑な処置は初診当日にはお受けできません。予めご了承いただきますようお願いいたします。

2. エコーはご希望ですか？

☐ 希望・してみたい　☐ 出来るだけしたくない・ 不要　☐ わからない

3. 診断のためのMRI検査（精密検査）はご希望ですか？（近隣病院で別日に検査します）
（診断がつかなければ、治療の正確性が落ちるため、必要な場合はおすすめいたしますが、MRIは手間と費用が発生するため、ご希望について前もってお伺いしています。）

☐ 希望・してみたい　☐ 出来るだけしたくない・ 不要　☐ わからない

4. 飲み薬（痛み止め、炎症止め、症状軽減の薬）はご希望ですか？

☐ 希望　☐ 飲むほど痛くない・不要

5. シップ　もしくは　塗り薬はご希望ですか？

☐ シップ希望→いづれかにチェックを（☐ 冷シップ・☐ 温シップ）
☐ 塗り薬希望→いづれかにチェックを（☐ クリーム　☐ ローション　☐スティック状）
☐ 使うほど痛くない・不要

＊ **痛み止め、シップ、塗り薬**は、**治療薬ではなく**、痛みを軽減したり、炎症を減らす**緩和薬**です。（治療薬という位置づけではないため、ご希望を伺って処方しています。）

6. 注射の治療はご希望ですか？（注射メニューはわからなければ記入不要です）

☐ 希望・してみたい　☐ 注射するほど痛くない・できればしたくない　☐ 絶対したくない

☐ トリガーポイント注射　☐ ハイドロリリース注射　☐ 関節注射　☐ヒアルロン酸注射　☐ 腱鞘注射
☐ 神経ブロック注射　☐ お任せ　☐ その他（　　）

7. 治療に際して、一定期間の通院は可能ですか？
もし可能でしたら、通院はどのくらいの頻度で可能ですか？

☐ 可能　➡ 週何回まで？（☐ 週３回　☐ 週２回　☐ 週１回　☐ 月２回　☐ 月１回）
☐ 不可

8. コルセット、サポーターや装具が適応の病気の場合、ご希望ですか？

☐ 希望・してみたい　☐ 不要・着けるほど痛くない

（60歳以上の女性の方・70歳以上の男性の方）

9. 骨密度の検査、骨粗鬆症についてご興味はありますか？（検査、結果説明は後日になります）

☐ 検査を希望する　☐ 興味がある（説明を聞いてみたい）　☐ 既に治療中
☐ 検査を希望しない・興味ない

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

【重要】お薬手帳や内服薬がある方は、必ずスタッフまでお申し出ください。

Version　2 July 2021