ı	$\Box$
1	u



	ŧ	
1	X	

ORTHOPAEDIC CONSULTATION QUESTIONNAIRE ふりがな 氏名 年齢( )歳 記入日:西暦」 姓

1. 診察に来られた症状はいくつありますか?

□1個 □2個 □3個

\*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 する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。

2. 診察に来どのような症状がありますか? (部位は右下の図にご記入ください)

1つ目の症状	
症状	□痛い □しびれる □腫れている □動かしにくい □歩けない □傷・出血 □変形している □しこり □ひっかかる □むくみがある・つっぱる □音が鳴る □その他()
いつから	□本日       □作日       □わからない         □ ()       )年 ()       )月 ()       )日         □ ()       ○日前       ○週間前       ○ヶ月前       ○年前
原因	□転倒・打撲・捻挫 □スポーツ □仕事 □学校活動 □交通事故・傷害 □わからない □その他()
発症	□急に □徐々に □わからない
どの よう に	□立っている時 □歩く時 □走る時 □座っている時 □横になった時 □動かした時 □立ち上がり時 □荷重 した時 □安静時 □朝・起床時 □日中 □就寝時 □押した時
	□治療・検査歴なし □治療・検査歴あり
治療 ・ 検査 歴	<ul><li>*治療・検査歴ありの場合</li><li>□レントゲン □MRI □エコー □CT □血液検査</li><li>□薬 □注射 □点滴 □ギプス □装具 □リハビリ□手術</li></ul>

	B位を下図にご記入ください 位 //// しびれている部位 いる部位	
右	***	右
手足の症	≣状の方は下にご記入下さい - \	1
LUCK	Craw Clark	9
<b>右</b>		右

## 3. 過去に病気や手術の既往はありますか?

持病	□高血圧 □糖尿病 □胃潰瘍・十二指腸潰瘍 □心筋梗塞・狭心症 □ペースメーカー・神経刺激装置 □不整脈 □喘息 □脳梗塞・脳出血 □肝臓病 □腎臓病 □透析 □膠原病 □悪性腫瘍・癌 □指定難病 □認知症 □眼科の病気 □婦人科の病気 □その他()
内服薬	□なし □血圧の薬 □糖尿病の薬 □高脂血症・高尿酸血症の薬 □血をサラサラ・血栓予防の薬 □心臓病の薬 □胃薬 □痛み止め □睡眠剤・安定剤・うつ病の薬 □抗生物質 □湿布・塗り薬
お薬アレ ルギー	□なし □あり(□麻酔薬 □痛み止め □湿布 □抗生物質 □神経痛の薬 □その他)
手術歴	□なし □あり(□骨折 □人工関節 □脊椎手術 □内視鏡 □腱鞘炎 □腱・靭帯手術 □その他)

## 4. 女性の方のみお答えください。

(1). 妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか?

□いいえ □はい □不明

(2). 授乳中ですか?

□いいえ □はい

2つ目の症状がある方は裏面をご利用ください。

ご協力よろしくお願いいたします。



## 2つ目の症状についてはこちらにご記入ください



2つ目の症状	
症状	□痛い □しびれる □腫れている □動かしにくい □歩けない □傷・出血 □変形している □しこり □ひっかかる □むくみがある・つっぱる □音が鳴る □その他()
いつから	□本日       □作日       □わからない         □()       )月()       )日         □()       ○日前       ○週間前       ○ヶ月前       ○年前
原因	□転倒・打撲・捻挫 □スポーツ □仕事 □学校活動 □交通事故・傷害 □わからない □その他()
発症	□急に □徐々に □わからない
どの よう に	□立っている時 □歩く時 □走る時 □座っている時 □横になった時 □動かした時 □立ち上がり時 □荷重 した時 □安静時 □朝・起床時 □日中 □就寝時 □押した時
	□治療・検査歴なし □治療・検査歴あり
治療 ・ 検査 歴	*治療・検査歴ありの場合 □レントゲン □MRI □エコー □CT □血液検査 □薬 □注射 □点滴 □ギプス □装具 □リハビリ □手術

