

ID

整形外科問診票
ORTHOPAEDIC CONSULTATION QUESTIONNAIRE

表

ふりがな

氏名 姓 _____ 名 _____ 年齢(____)歳 記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 診察に来られた症状はいくつありますか？

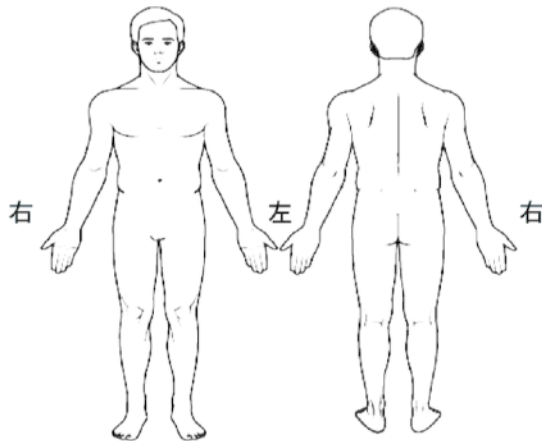
☐ 1個 ☐ 2個

＊待ち時間緩和のため、一度に診察する部位は2箇所までにさせていただきます。3箇所目以降の診察は別日をお願いいたします。

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 ☐ 昨日 ☐ わからない ☐ (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日 ☐ (_____) 〇日前 ☐ 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	☐ 治療・検査歴なし ☐ 治療・検査歴あり ＊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

症状の部位を下図にご記入ください

X 痛い部位 /// しびれている部位
○ 腫れている部位

手足の症状の方は下にご記入下さい



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）

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. お薬の処方について、先発品のご希望はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

(先発品をご希望の場合、自己負担増により追加費用が必要となります。)

5. 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。

丸亀整形外科とだにクリニック
Marugame Orthopaedic Surgery Todani Clinic

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 ☐ 昨日 ☐ わからない ☐ () 年 () 月 () 日 ☐ () 〇日前 ☐ 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	☐ 治療・検査歴なし ☐ 治療・検査歴あり ＊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

症状の部位を下図にご記入ください

☒ 痛い部位 ☒ しびれている部位
☐ 腫れている部位

2つ目の症状についてはこちらにご記入ください