

ID



整形外科問診票

ORTHOPAEDIC CONSULTATION QUESTIONNAIRE

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	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 動かみにくい <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 傷・出血 <input type="checkbox"/> 変形している <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> ひっかかる <input type="checkbox"/> むくみがある・つっぱる <input type="checkbox"/> 音が鳴る <input type="checkbox"/> その他 (_____)
いつから	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> (____)年(____)月(____)日 <input type="checkbox"/> (____)〇日前 <input type="checkbox"/> 週間前 <input type="checkbox"/> ヶ月前 <input type="checkbox"/> 年前
原因	<input type="checkbox"/> 転倒・打撲・捻挫 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 学校活動 <input type="checkbox"/> 交通事故・傷害 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 (_____)
発症	<input type="checkbox"/> 急に <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> わからない
どのように	<input type="checkbox"/> 立っている時 <input type="checkbox"/> 歩く時 <input type="checkbox"/> 走る時 <input type="checkbox"/> 座っている時 <input type="checkbox"/> 横になった時 <input type="checkbox"/> 動かした時 <input type="checkbox"/> 立ち上がり時 <input type="checkbox"/> 荷重した時 <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 朝・起床時 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 就寝時 <input type="checkbox"/> 押した時
治療・検査歴	<input type="checkbox"/> 治療・検査歴なし <input type="checkbox"/> 治療・検査歴あり *治療・検査歴ありの場合 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 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. 過去に病気や手術の既往はありますか？

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

3. 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。)

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はありますか？ 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。

2つ目の症状	
症状	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 動かみにくい <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 傷・出血 <input type="checkbox"/> 変形している <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> ひっかかる <input type="checkbox"/> むくみがある・つっぱる <input type="checkbox"/> 音が鳴る <input type="checkbox"/> その他 (_____)
いつから	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日 <input type="checkbox"/> (_____) 〇日前 <input type="checkbox"/> 週間前 <input type="checkbox"/> ヶ月前 <input type="checkbox"/> 年前
原因	<input type="checkbox"/> 転倒・打撲・捻挫 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 学校活動 <input type="checkbox"/> 交通事故・傷害 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 (_____)
発症	<input type="checkbox"/> 急に <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> わからない
どのように	<input type="checkbox"/> 立っている時 <input type="checkbox"/> 歩く時 <input type="checkbox"/> 走る時 <input type="checkbox"/> 座っている時 <input type="checkbox"/> 横になった時 <input type="checkbox"/> 動かした時 <input type="checkbox"/> 立ち上がり時 <input type="checkbox"/> 荷重した時 <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 朝・起床時 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 就寝時 <input type="checkbox"/> 押した時
治療・検査歴	<input type="checkbox"/> 治療・検査歴なし <input type="checkbox"/> 治療・検査歴あり ＊治療・検査歴ありの場合 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 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

手足の症状の方は下にご記入下さい

2つ目の症状についてはこちらにご記入ください