

# 整形外科問診票

氏名 ( )

生年月日：大・昭・平 年 月 日 性別：男・女 職業：

住所：〒 - 県

電話番号：第1連絡先 ( ) - 第2連絡先 ( ) -

第3連絡先 ( ) - 携帯電話 ( ) -

① 本日はどの部位の症状で受診されましたか？（複数可）

- ・首 ・肩（右・左） ・二の腕/肘（右・左） ・前腕/手首（右・左） ・手/手指（右・左）
- ・腰 ・股/太もも（右・左） ・膝（右・左） ・下腿/足首（右・左） ・足/足趾（右・左）
- ・骨粗鬆症治療の相談 ・痛風/高尿酸血症 ・関節リウマチ治療の相談
- ・その他 ( )

② どういった症状ですか？（複数可）

- ・痛み ・しびれ ・腫れ ・打撲 ・切り傷 ・腫瘤（できもの） ・骨折 ・脱臼 ・関節不安定感
- ・その他 ( )

③ 症状のきっかけはありますか？（複数可）

- ・いつから ( 月 日 ) ( 月頃 ) ( 年前 ) ( 歳頃 )
- ・特になし ・捻った ・打撲した ・落ちた ・仕事で ・家事で ・重い物を持った
- ・スポーツで (種目 ) ・交通事故で (詳細 )
- ・その他 ( )

④ 当院受診以前に同じ症状で他院治療歴はありますか？

- ・ない ・ある (医療機関名 治療内容 )

⑤ ④で「ある」とお答えの方は診療情報提供書や画像データ等をお持ちですか？

- ・はい：受付に提出をお願いします ・いいえ

⑥ ④で「ある」とお答えの方に本日の受診目的をお伺いします。

- ・特に理由は無い ・改めて診断を受けたい ・久しぶりの症状なので改めて当院で通院したい
- ・セカンドオピニオン希望 ・膝/肩の専門的治療希望 ・転医希望 (理由 )

⑦ 今までにかかった病気などがありますか？（複数可）

- ・無し ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・喘息 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・脳梗塞
- ・変形性関節症 (部位 ) ・腰部脊柱管狭窄症 ・椎体圧迫骨折
- ・骨粗鬆症 ・その他 ( )

⑧ 身長、体重を分かる範囲で記入をお願いします。 身長 \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg

⑨ 薬のアレルギーがあれば薬剤名を記入して下さい。( )

⑩ 女性の方で妊娠の可能性がありませんか？ ・ある ・ない