

整形外科 問診票

お名前	フリガナ	性別	年齢	身長	体重
		男・女	歳	cm	kg

1 今日はどうされましたか？

- どこが？（右の図に書いていただいても結構です）

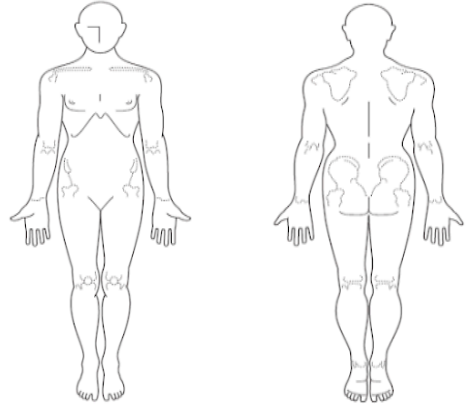
- いつからですか？

- どのような症状ですか？

- 思い当たる原因はありますか？

- 今回の症状以外に整形外科関連の困りごとはありませんか？

<input type="checkbox"/> 腰の痛み	<input type="checkbox"/> 坐骨神経痛	<input type="checkbox"/> 肩・首こり	<input type="checkbox"/> 肩の痛み	<input type="checkbox"/> 腕の痛み
<input type="checkbox"/> 手首の痛み	<input type="checkbox"/> 指の痛み	<input type="checkbox"/> 肘の痛み	<input type="checkbox"/> 股関節の痛み	<input type="checkbox"/> 膝の痛み
<input type="checkbox"/> 足首の痛み	<input type="checkbox"/> 足の痛み	<input type="checkbox"/> リウマチ		
<input type="checkbox"/> その他 (_____)				



2 治療や検査などご希望がありましたらご記入ください。

3 運動の習慣はありますか？ (いいえ ・ はい)

- 「はい」の場合 どのような運動ですか？ (_____)
頻度と時間を教えてください。 (週に____回、1回あたり____時間程度)

4 骨粗しょう症を指摘されたことはありますか？ (いいえ ・ はい)

- 「はい」の場合 治療はしていますか (いいえ ・ はい)
治療内容を教えてください。 (_____)

5 患者さんの治療状況についてお聞きします。

- 現在治療中の病気はありますか？ (なし ・ あり) ありの場合は下の項目に○をつけてください。
(心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・胃腸病・脳疾患・癌・その他 (_____))

- 今までに入院をするような大きな病気にかかったことはありますか？ (なし ・ あり)

① 病名： _____ いつ頃： _____ 治療内容： _____

② 病名： _____ いつ頃： _____ 治療内容： _____

- 現在処方されているお薬はありますか？ (なし ・ あり)

- お薬手帳の持参 (なし ・ あり)

お薬手帳の持参がない場合は四角の中に処方内容を記載してください。

6 アレルギーはありますか？ (なし ・ あり)

- 食べ物： _____ ・ 薬： _____ ・ その他： _____

7 喫煙していますか？ (いいえ ・ はい)

- _____本/日 ・ 喫煙歴 _____年

8 お酒は飲みますか？ (いいえ ・ はい)

- (ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー) を 1日あたり _____ ぐらい

9 女性の方のみにおたずねします。

- 現在妊娠の可能性はありますか？ (なし ・ あり)

○ 妊娠 _____ヶ月

- 授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)