

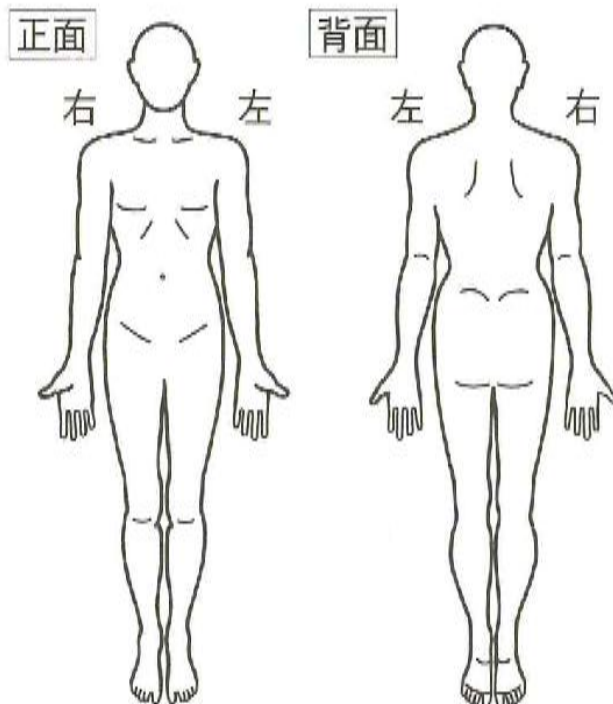
氏名 () 生年月日：M・T・S・H 年 月 日 ID ()

整形外科外来問診票

この問診票は診察を円滑に進め、待ち時間をできるだけ少なうするために利用させていただきます。当院では、患者様により良い治療を提供するため、患者様の診察データを、研究や学会発表等に、使用させていただきます。（個人を特定できる情報を除いて）この点をご理解いただければ幸いです。尚、プライバシーは厳守いたします。

以下に○印をご記入下さい。

*診察データの使用に関して 同意します ・ 同意しません



1. 特別に御指定の医師はございますか？
*御指定の医師が当日勤務していないこともあります。
ない ・ ある () 医師
2. 本日来院された理由についておしえてください。
(該当するものに○をつけて、詳細は記入してください)
①症状：痛み・腫れ・力が入らない・しびれ・動きが悪い
その他 ()
②場所：調子の悪いところを右の図に印をつけてください。
③時期：いつごろからですか？ ()
④原因：考えられる原因（受傷機転）はありますか？
ない ・ ある ()
3. 当院以外で今回の症状に関して治療を受けたことがありますか？ もしくは現在治療を受けていますか？
ない ・ ある：病院名 () 診断名・治療など ()
4. 今回の症状以外で、病気の治療や、手術を受けたことはありますか？
また現在かかっている病気はありますか？
ない ・ ある：高血圧・高脂血症・糖尿病・不整脈・心臓疾患・脳血管障害・リウマチ・その他 ()
5. 現在内服中のお薬がありますか？
ない ・ ある：病院名 () お薬の名前 ()
6. アレルギーはありますか？ お薬、食べ物 等原因がわかっている場合は記入をお願いします。
ない ・ わからない ・ ある ()
7. 定期的にスポーツを行っている場合は記入をお願いします。
種目 () 頻度、スポーツ歴 (/) 所属 ()
8. お仕事の内容についてご記入下さい。
デスクワーク ・ 立ち仕事 ・ 重い物を持つ ・ 中腰が多い ・ 車の運転が多い ・ 歩くことが多い
その他 ()
9. 身長と体重をご記入下さい。*検査時に必要となります
身長 () cm 体重 () kg
10. 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ 有り ・ 無し *女性の方のみお答えください
11. よろしければ当院へお越し頂いたきっかけを教えてください。
紹介 () 近い ・ 看板 ・ ホームページ ・ インターネット検索
その他 ()

◆その他、ご質問、ご要望などございましたらご記入ください。