

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くするために利用させていただきます。

(該当するものに○をつけて、詳細は記入して下さい。)

●本日来院する原因となった症状について教えてください。

① 時期: いつごろからですか? ( )

② 部位: ( ) →図に印をつけて下さい。

③ 症状: 痛み・しびれ・力が入らない・腫れ・動きが悪い  
その他 ( )

④ 原因: 考えられる原因(受傷機転)はありますか?  
ない・ある ( )

⑤ 頻度: 症状はどのようなときに出現しますか?  
常時・安静時・圧迫時・夜間・動作時・その他 ( )

●今回の症状に関して当院以外で治療やリハビリ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 ( )

●今回の症状以外で、現在かかっている病気はありますか?  
ない・ある: 高血圧・糖尿病・不整脈・心臓疾患・脳血管障害・リウマチ・喘息・その他 ( )

●過去に大きな怪我や病気で入院・手術を受けられたことはありますか?  
ない・ある: 病名 ( ) いつ ( )

●現在内服中のお薬がありますか?  
ない・ある: お薬の名前 ( ) お薬手帳をお持ちの方は診察室にてお見せ下さい。

●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 ( )

●女性の方へ \*本日はレントゲン撮影を行う場合がございますが妊娠中、授乳中または妊娠の可能性はありますか?  
ない・ある

●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

●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 ( )

●ご職業  
無職・学生(学校名: )・主婦・事務職・営業職・医療、介護・サービス業  
教育関係・消防、警察・農林業・製造業・土木、建設・運送・その他 ( )

●お仕事の内容  
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

●ご趣味をお聞かせ下さい。( )

●当院への交通手段  
自家用車・徒歩・電車・バス・自転車・バイク・送迎・その他 ( )

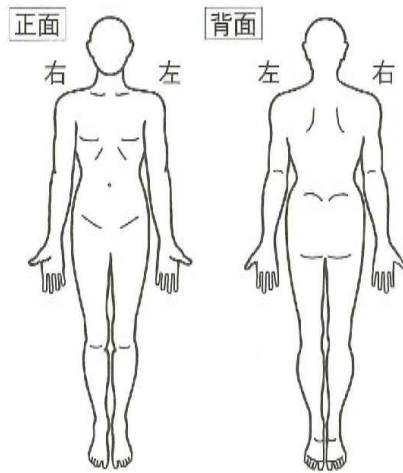
●同居家族はいますか? あり・なし

●現在、介護または社会保障サービスを受けていますか? いいえ・はい(病院・施設名: )

●リハビリテーションを希望される方へ リハビリを受ける上でのご希望をお聞かせ下さい。

症状の消失、軽減・動きを良くしたい・筋力向上・歩行の安定性向上・疾病予防・職場、スポーツ復帰

◆その他、ご質問、ご要望などございましたらご記入下さい。



※利き手: 右・左