

# 整形外科 問診票

フリガナ				性別	男	女
氏名	様					
生年月日	大 昭	月	日	歳	自宅	-
	平 令				携帯	-
住所	〒 -					
	体温	℃	身長	cm	体重	kg
					要介護 要支援 あり・なし	

(必ず記入ください)

① 今回診察を希望される部位を選択してください。(複数選択可)

- |                            |                             |                             |                               |                                  |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 首 | <input type="checkbox"/> 肩  | <input type="checkbox"/> 肘  | <input type="checkbox"/> 手首・手 | <input type="checkbox"/> 背中      |
| <input type="checkbox"/> 腰 | <input type="checkbox"/> 胸  | <input type="checkbox"/> 臀部 | <input type="checkbox"/> 股関節  | <input type="checkbox"/> 太もも     |
| <input type="checkbox"/> 膝 | <input type="checkbox"/> すね | <input type="checkbox"/> 足首 | <input type="checkbox"/> 足    | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 相談 |

② 症状の種類を選択してください。(複数選択可)

- |                             |                                  |                              |                              |                             |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 腫れ      | <input type="checkbox"/> しびれ | <input type="checkbox"/> 違和感 | <input type="checkbox"/> 脱力 |
| <input type="checkbox"/> 麻痺 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                              |                              |                             |

→痛みと答えた方は、痛みの程度を教えてください。(0～10段階)

(0：痛みなし ～ 10：最大の痛み) \_\_\_\_\_

③ 症状はいつからですか？

- |                               |                                  |                                |                                |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本日から | <input type="checkbox"/> 1～3日前から | <input type="checkbox"/> 1週間以内 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 |
| <input type="checkbox"/> 半年以内 | <input type="checkbox"/> 半年以上前から |                                |                                |

④ 思い当たる原因はありますか？

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ある ( 工作中 ・ 交通事故 ・ その他 : ) |
| <input type="checkbox"/> ない                        |

⑤ 診察の内容について、ご希望をお聞かせください。

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 検査や薬の費用をできるだけ抑えたい        |
| <input type="checkbox"/> 通常の診察・検査・治療を希望           |
| <input type="checkbox"/> 必要な検査や治療であれば費用がかかっても受けたい |

⑥ よろしければ詳しい相談内容をお教えてください。(任意)

⑦ 今回の症状について、他の医療機関で受けたことがありますか。

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
|-----------------------------|-----------------------------|

⑧ 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ (女性の方のみ)

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

⑨ 骨粗鬆症の検査を希望しますか？

- |                             |                              |                                     |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 話を聞いてから決める |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

**→裏面もご記入ください**

