

整形外科 問診票

フリガナ				性別	男	女		
氏名	様							
生年月日	大 昭	年	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？

- ある (工作中 ・ 交通事故 ・ その他 : _____)
- ない

⑤ 診察の内容について、ご希望をお聞かせください。

- 検査や薬の費用をできるだけ抑えたい
- 通常の診察・検査・治療を希望
- 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。

- ある 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)

- はい いいえ

⑨ 骨粗鬆症の検査を希望しますか？

- はい いいえ 話を聞いてから決める

→裏面もご記入ください

