

整形外科問診票

介護認定を受けていますか？

いいえ・はい(要支援・要介護・申請中)

記入日：令和 年 月 日

氏名： 年齢： 歳 身長： cm 体重： kg

1. 今日どのようなことで診察を受けられますか？

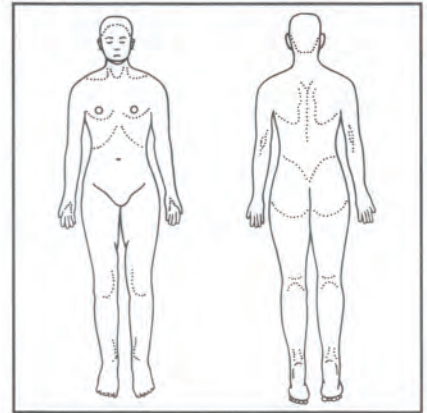
①来院の目的： 診断・検査・注射・薬・手術・リハビリ・その他()

②受傷日または発症時期：令和 年 月 日 または 頃から

③部位(どこか)：右図の中に診察を希望する部位を○印で示してください。

広範囲の場合はその範囲を斜線で示してください。

④受傷機転：何をしていたそうになりましたか？



⑤症状：症状を教えてください：

痛み・しびれ・その他()

⑥今までに同じ部位を痛めたり、怪我をした事がありますか？

はい・いいえ

⑦「はい」の方のみお答えください。それはいつ頃でどのような怪我でしたか？

いつ： どのような：

⑧今まででこの部位を治療した事があればその治療内容と治療した場所を教えてください：

治療内容： 投薬・リハビリ・注射・手術・その他()

治療した場所(〇〇病院、△△整骨院など)：

2. 診断・治療についてご記入ください

①注射や薬物でアレルギー反応を起こしたことはありますか？： はい・いいえ

②「①」で「はい」と答えた方のみお答えください。

・どのような症状でしたか？： かゆみ・発疹・気分不良・ショック・その他()

・薬や注射の名前または種類：

③治療に際して事前に医師に伝えるべき事はございませんか？

体の中に金属がある(クリップや人工関節)・血が止まりにくくなる薬を飲んでいる()

治療中の疾患がある(高血圧・糖尿病・その他< >)

3. 生活習慣と痛みの発症や持続には関連があるといわれています。

①現在の仕事をご記入ください： 力仕事・車によく乗る・事務・立ち仕事・その他()

②運動の習慣はありますか？： ほとんどない・ある(週・月に 回)・ほとんど毎日

4. 現在、妊娠の可能性はありますか？： ない・わからない・ある ※女性の方のみお答えください

5. 当院は何で知りましたか？

① 知人の紹介・案内をみて(看板・タウンページ・ホームページ)・その他()

②紹介者がいらっしゃいましたらご記入ください： ()