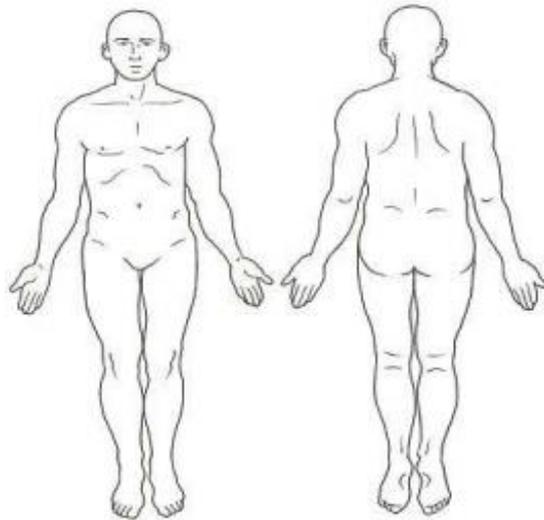


# 整形外科 問診票



1,お困りの部位はどちらですか？右図に○でお示ください。

部位:

2,いつから症状が出現しましたか？

年 月 日 ~ 不明

3,どのような症状ですか？(複数回答可)

痛み しびれ 腫れ 違和感 不安定感

力が入らない 動きが悪い

その他( )

4,どのように症状は出てきましたか？ 徐々に きっかけがある

「きっかけがある」とお答えした方は具体的な状況・内容の記載をお願いします。

5,いつお困りですか？ いつも 動作時 夜間

その他 ( )

6,症状はどのように続いていますか？

良くなっている 悪くなっている 良くなったり悪くなったり 変わらない

その他 ( )

7,今回の症状に対して他の医療機関で治療を受けましたか？ はい いいえ

( ) 病院 診断名 ( )

受けた治療 ( ギブス・手術・くすり・注射・リハビリ・その他 )

8,現在、治療中の病気はありますか？(複数回答可) ない ある

高血圧症 糖尿病 脂質異常症 骨粗鬆症

白内障 緑内障 脳血管疾患 心臓疾患(不整脈含む)

前立腺肥大 腎臓病 肝臓病 婦人科疾患

その他 ( )

9,現在、服用中の薬はありますか？ ない ある

10,今まで手術を受けたことはありますか？ ない ある

いつ？ ( ) 医療機関名 ( ) 病名 ( )

いつ？ ( ) 医療機関名 ( ) 病名 ( )

11,アレルギーはありますか？ ない ある

食べ物→ 薬→ 金属→ その他→

12,妊娠している可能性はありますか？(女性のみ) ない ある