

ID:

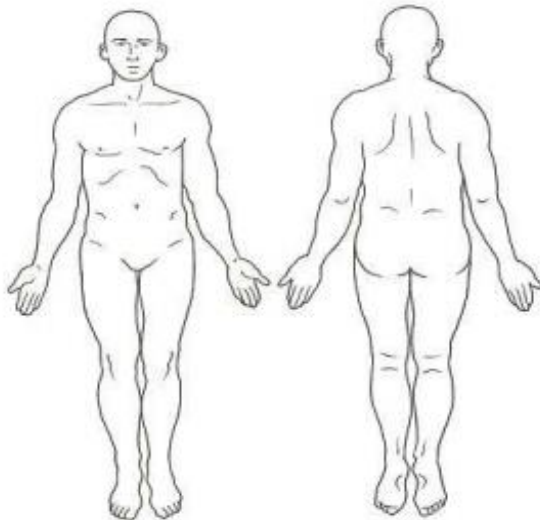
氏名:

令和 年 月 日

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,薬のアレルギーはありますか？ ない

ある

薬の種類 ()

12,妊娠している可能性はありますか？(女性のみ) ない

ある