

整形外科問診票

《症状によって、他科のご案内となる場合がございます》

フリガナ		身長	cm	体重	kg
お名前					
紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※紹介状・画像をお持ちの方は事前にスタッフにお渡しください。				
仕事内容 (趣味・部活等)	※普段から体に負担のかかっている仕事内容(部活・趣味等)をお答えください。 例：家事、介護、デスクワーク、農作業、手芸、サッカー、ゴルフ等				
妊娠 (女性の方)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 可能性がある	授乳中		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
既往歴	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 胃かいよう <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	薬・食べ物のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	お薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ※お薬手帳をお出し下さい		
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ・ 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) ※有とお答えの方にお聞きます。 利用中のサービスがありますか？ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 施設入所中				

今日はどうされましたか？	症状のある場所に印をつけて下さい。
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> ねんざ・打撲 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他 ()	
思い当たる原因	
<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中的のケガ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> スポーツ () <input type="checkbox"/> その他 ()	
いつから症状がありますか？	
<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () 週間前から <input type="checkbox"/> () 年前から <input type="checkbox"/> その他 () 頃から	
受けたい検査・治療・ご希望などがありますか？ (ご希望に沿えないこともありますのでご了承下さい。)	
<input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管年齢 <input type="checkbox"/> リウマチ検査 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> できるだけ費用を抑えたい <input type="checkbox"/> できるだけ検査はすべてやってほしい <input type="checkbox"/> その他 ()	