

上郷整形外科・リハビリテーション科 初診問診票

(ID:) (体温: °C) 受診日 令和 年 月 日

フリガナ	生年月日		身長・体重
お名前	・明治・大正・昭和 ・平成・令和 年 月 日(歳)		cm/ kg
ご住所	〒	TEL 携帯番号	
介護保険	なし	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

1.本日はどのような理由で受診されましたか？ 当てはまる症状にチェックを入れて下さい

- 痛む 腫れている しびれる 感覚が鈍い
 こわばる 変形している しこりがある
 その他 ()

2.その部位に○印をつけて下さい(右図)

※スムーズかつ丁寧な診療のために、一回あたりの診察は原則一部位まででお願いします。(他症状については、後日の予約診察とさせていただきます。3日以内の多発外傷など緊急性を要する多発症状については別途ご相談下さい)

3.その症状はいつ頃からですか？

- (月 日)から ()日前から
 ()週間前から ()カ月前から
 ()年前から 分からない

4.症状が出た原因・きっかけはありますか？

- いいえ はい⇒()

5.そのことで今までに治療を受けられましたか？

- いいえ はい⇒()

6.現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ はい(病名:)

7.現在、服用中・外用中の薬(市販薬も含む)はありますか？

- いいえ はい(薬品名:)

8.今までに大きな病気になったことや、治療・手術を受けられたことはありますか？

- いいえ はい(病名:)

9.薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

- いいえ はい(薬品名:)

10.趣味・運動の習慣はありますか？

- いいえ はい()

11.女性の方へ:現在、妊娠中・妊娠の可能性ある、または授乳中ですか？

- いいえ 妊娠している 妊娠の可能性ある 授乳している

12.60歳以上の方へ:骨折予防のため骨粗鬆症の定期検査が推奨されています。検査を希望されますか？

また、股関節・背骨に金属/セラミックなどを入れる手術をされた場合、その部位をお書きください。

- いいえ はい 金属などあり(部位:)

※骨粗鬆症検査のみをご希望の場合は当日検査が可能ですが、他症状の診察も希望される場合は、改めて後日の予約検査とさせていただきます。ご了承下さい。

