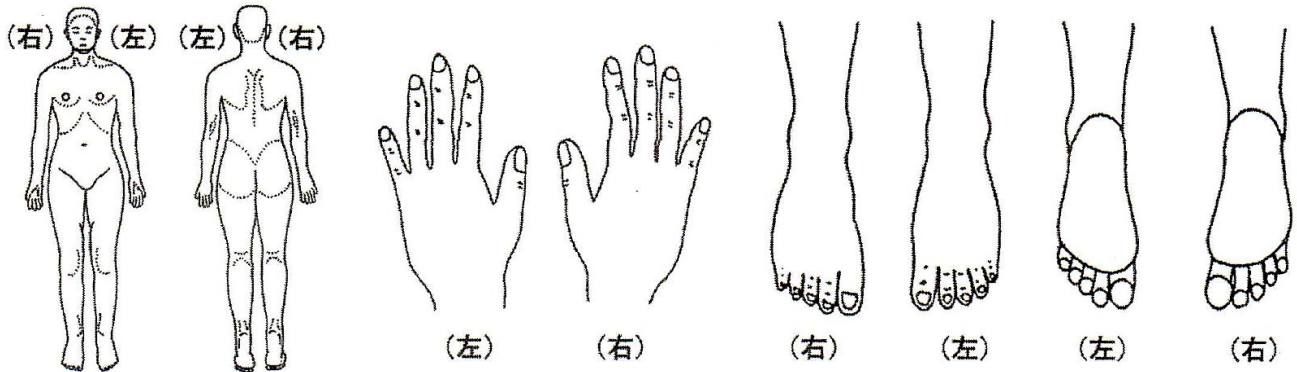


問診票（一般整形外科・新患用） 記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前 様	男・女	大・昭・平・令 年 月 日生（ 才）
住所 〒 -	職業名・内容 どのような作業が多いですか？	
電話番号 - -	携帯番号 - -	

1. 今日は何の部位を診察してもらいたいですか？○で囲んでください。



2. どんな症状ですか？○印をつけて部位をご記入ください（複数回答可）。

- ・痛い ・しびれる ・動きに制限がある ・変形している ・腫れている ・歩行困難
- ・その他（)

3. その症状は、どのような動作・行為をすると症状がでますか？ご記入ください。

例) 動作をしなくても、上を向く、しゃがむ 等…

4. その症状はいつごろからありますか？ご記入ください。

- ・ 月 日～ ・ 週間前～ ・ ヶ月前～ ・ 年前～

5. 原因がありますか？○印をつけてください。

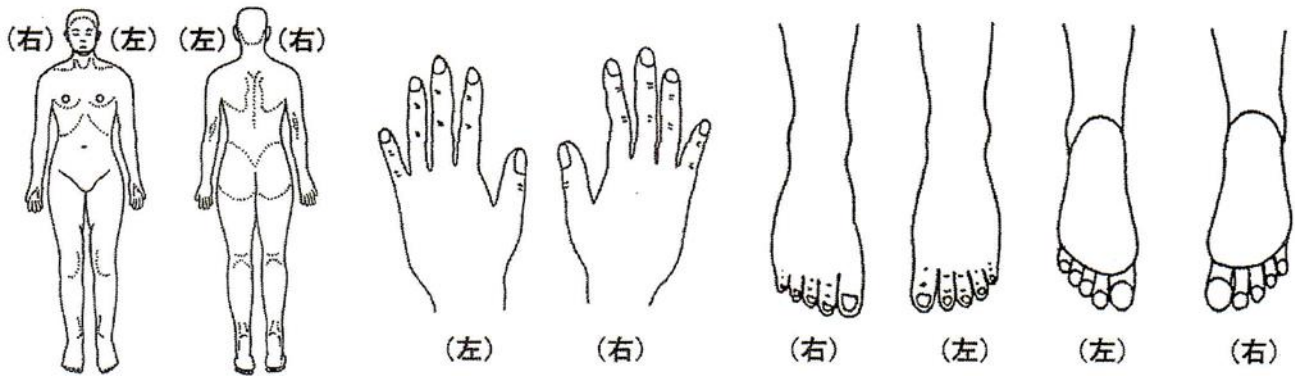
- ① ・作業 ・仕事 ・日常生活 ・交通事故 ・わからない
- ② ・転んだ ・ひねった ・ぶつけた ・はさまれた ・切った ・落ちた ・その他 ・わからない
- ③ 可能なら、具体的にご記入ください。 例) 階段を下りていて痛くなった、ひねった 等…

6. 現在治療中もしくは過去に罹った疾患、内服中の薬、手術した経験はありますか？

- ① 内科的疾患：過去に罹ったものがあれば○印を、現在治療中のものがあれば◎印をつけてください。
・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・心臓疾患 ・脳疾患 ・その他（)

裏面の記入もお願いします。

② 整形外科・外科的疾患：部位に○および◎印で囲い、診断名が分かればご記入ください。



③ 手術歴：ない・ある（部位・内容： _____ ）

④ 感染症：過去に罹ったものがあれば○印をつけてください。
・B型肝炎 ・C型肝炎 ・梅毒 ・HIV ・その他（ _____ ）

⑤ 内服の薬：ない・ある あるの方…お薬手帳をご提出ください。

7. 今までに薬を飲んで、アレルギーが出たり、具合が悪くなったことがありますか？
・ない ・ある（薬の名前： _____ ）

8. （女性のみ）
① 現在、妊娠中か妊娠している可能性がありますか？
・ない ・ある（妊娠 週） ・わからない
② 授乳中ですか？
・いいえ ・はい

9. 現在、介護保険を利用していますか？○印をつけてください。
・していない ・している（要支援：1・2・要介護：1・2・3・4・5） ・わからない

10. 診察をご希望される方は○印をつけてください。
希望する医師：とくにない・ある（院長・その他）

11. 当院は診療のほか、機能改善を目的としたリハビリテーションも提供しています。リハビリでの通院は可能ですか？○印をつけてください。 ※推奨1～2回/週
① ・可能（ _____ 回/週くらい） ・難しい
② ・希望する ・必要なら通う ・希望しない

12. 当院を何でお知りになりましたか？
・知人 ・当院ホームページ ・その他医療機関（ _____ ）
・広告（ _____ ） ・その他（ _____ ）

ご協力ありがとうございました。