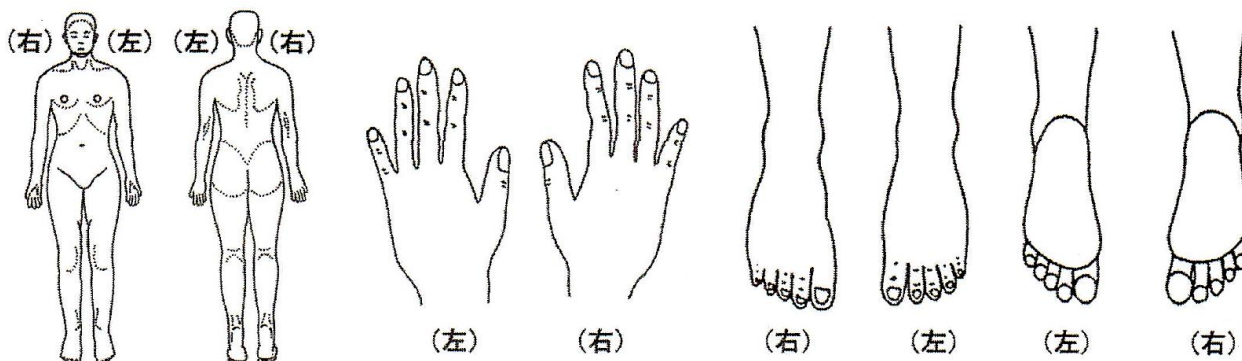


問診票（一般整形外科・新患用） 記入日： 年 月 日

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。

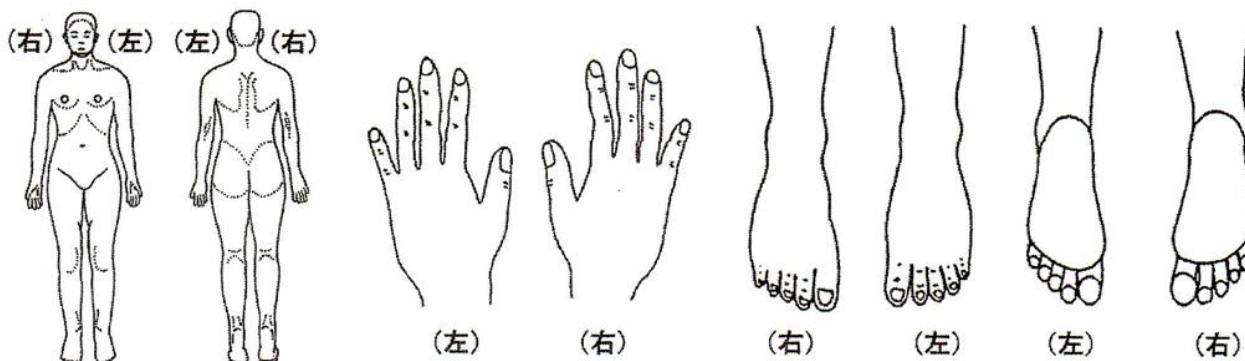
- ・ 月 日～ ・ 週間前～ ・ ヶ月前～ ・ 年前～

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 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。



裏面の記入もお願いします。

② 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 ()

③ 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 ()

④ 手術歴：ない・ある (部位・内容：)

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. たばこ・アルコールをどのくらいとられますか？
たばこ：・吸わない ・やめた ・吸っている (本/日) (喫煙歴 年)
アルコール：・飲まない ・飲む (ビール 本/日・焼酎 合/日・その他 本/日)

9. 女性のみお答えください。

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

10. 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

11. 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)

12. 当院診療での特長的な治療には以下のようなものがございます。事前にご希望のものがございましたら○印を、やりたくないものがございましたら×印をつけてください (複数回答可)。

- ① 関節 [膝・足首・股・肩] に対して： ・ヒアルロン酸注射 ・PRP(再生医療)
② 腰・頸・背中に対して： ・トリガーポイント注射 ・仙骨硬膜外ブロック ・神経根ブロック(脊椎 Dr)
③ 腱鞘炎に対して： ・腱鞘内注射

13. MRI撮影希望の有無 (撮影の際はメディカルスキャニング、浩生会スズキ病院を紹介します)。
・ない ・ある (メディカルスキャニング・浩生会スズキ病院)

14. 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。可能な方は通院可能な回数を記載して下さい。 ※推奨1～2回/週
・希望する ・可能 ・必要なら通う (回/週くらい) ・難しい ・希望しない

15. 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 ・他の医療機関 () ・広告 ・その他 ()

ご協力ありがとうございました。