

# 問 診 票 (整形外科)

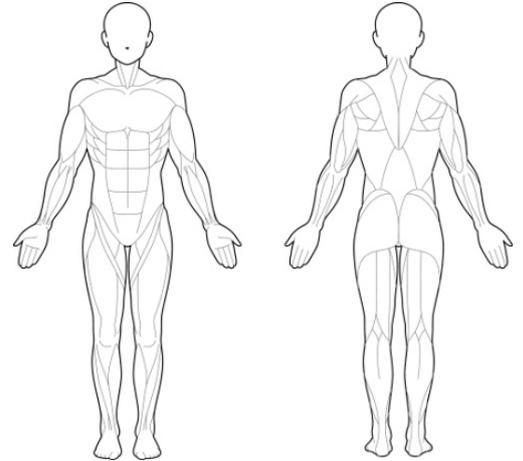
フリガナ  
お名前

性別：男・女 年齢 才  
生年月日 年 月 日

【現在の体温： °C】

1. 紹介状、画像 CD などはお持ちですか？ いいえ はい→ 受付へお出してください  
2. 本日はどのような症状で来院されましたか？

[ ]



3. 右の図で具合の悪いところに○印をつけてください。  
4. いつごろから症状がでてきましたか？

[ ]

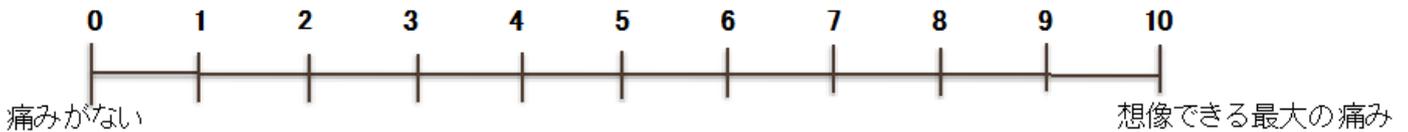
5. 症状が出たきっかけ・原因はありますか？原因となった日はいつですか？ いいえ はい→ (きっかけ・原因、原因となった日)

[ ]

6. その症状は悪くなってきてますか？改善してきてますか？ 悪化 改善 ほぼ同じ状態  
7. 今回の症状で他の医療機関を受診されてますか？ いいえ はい→ (医療機関名・検査内容・治療内容)

[ ]

8. 全く痛みない状態を0、想像できる最大の痛みを10とすると現在の痛みの程度はいくつですか？



\*転倒や事故、運動中の怪我などの明確な原因がある怪我の方は9~13は省略して頂いて大丈夫です。

9. 睡眠時も痛みや症状がありますか？ いいえ 寝返りで痛み 寝返りをしなくても痛み  
痛みで寝れない

10. 体を動かさなくても常時痛みや症状がありますか？ いいえ 少し痛み 強い痛み

11. 痛みや症状が強くなる時間帯はありますか？ いいえ はい

[ ]

12. 痛みや症状が強くなる動きや動作はありますか？ いいえ はい

[ ]

13. 今回の症状に対してご希望の検査や治療はありますか？

血液検査 レントゲン エコー CT MRI 骨密度測定  
投薬 注射 リハビリテーション サポーター インソール その他

[ ]

14. 女性の方へ質問です。現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい [ 週 ] 妊娠の可能性あり 授乳中ですか？ いいえ はい

# 問 診 票（整形外科）

フリガナ 性別：男・女 年齢 才 身長 cm  
お名前 生年月日 年 月 日 体重 kg

15. 現在治療中や経過観察中の病気や怪我はありますか？

いいえ はい→高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 胃・十二指腸潰瘍 潰瘍性大腸炎  
クローン病 乾癬 ぶどう膜炎 骨粗鬆症 その他

[ ]

16. 過去に通院や治療を終えた病気や怪我はありますか？ いいえ はい→（病名、いつ頃（年齢））

[ ]

17. 過去に病気や怪我で手術をしたことがありますか？ いいえ はい→（病名、いつ頃（年齢））

[ ]

18. 現在飲んでいる薬はありますか？ いいえ はい

※紙のお薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付に提出をお願いします。

電子のお薬手帳の方や、お薬手帳をお持ちでない方はご記入をお願いします。

薬剤名

[ ]

19. アレルギーはありますか？ いいえ はい→該当するものにご記入ください

薬 [薬剤名 不明] 消毒薬 [薬剤名 不明]  
食べ物 [食品名 金属]  
ラテックス（ゴム類） その他 [名称 不明]  
アレルギー登録 入力者 \_\_\_\_\_

20. 現在お仕事はされておりますか？ いいえ はい→（お仕事内容、週〇日）

（学生の方は学年の記入をお願いします）

[ ]

21. 何か運動、スポーツをしていますか？いいえ はい→（運動・スポーツ名、週・月 〇回）

[ ]

22. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？（複数選択可）

ご家族・友人などの紹介 佐々総合病院からのご案内 西東京中央病院からのご案内  
その他のクリニック・病院からのご案内 当施設（ONE FOR ALL）の他部所からのご案内  
インターネット検索 SNS 当院のホームページ 看板を見て チラシ・ポスターを見て  
地域の広報誌など 地域公開講座で知った 通りがかり（偶然知った）  
その他（