

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： ℃】

1. 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？

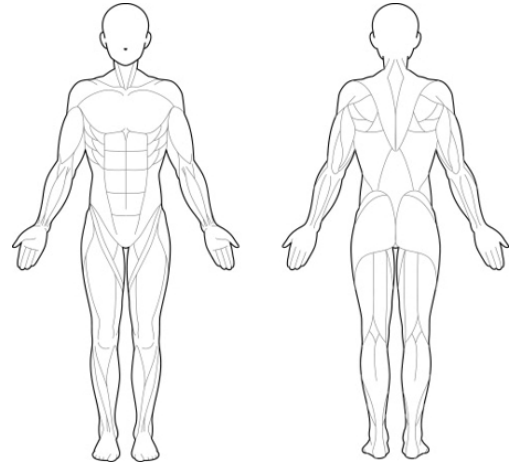
☐いいえ ☐はい [週] ☐妊娠の可能性あり 授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい

＊妊娠中・妊娠の可能性のある方・授乳中の方は、検査・治療に影響がある可能性があるため、お手数ですが診察時にも医師に直接お伝えをお願いします。

2. 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

3. 本日はどのような症状で来院されましたか？

[]



4. 右の図で具合の悪いところに○印をつけてください。

5. いつごろから症状がでてきましたか？

[]

6. 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）

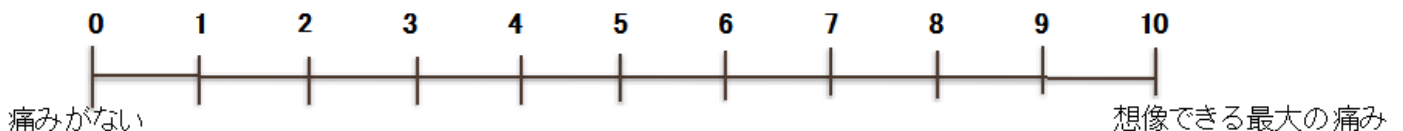
[]

7. 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

8. 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）

[]

9. 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 10～13 は省略して頂いて大丈夫です。

10. 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

11. 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

12. 痛みや症状が強くなる時間帯はありますか？ ☐いいえ ☐はい

[]

13. 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

[]

14. 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

[]

問 診 票（整形外科）

フリガナ
お名前

性別：男・女 年齢 才 身長 cm
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 〕

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（

佐々整形外科・透析クリニック
関節・スポーツ整形外科センター