

紹介状・CD-R 等をお持ちの方は受付にご提示ください。

## 問診票 (整形外科)

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

これからお伺いする内容は、より良い診療を行うためのものです。  
お手数ですが分かる範囲でお答えください。(全部で3枚あります。)

当てはまるところにチェックをお願いします。(いくつでも)

### 1. どのような症状で来院されましたか？

- 痛み しびれ 動きが悪い 腫れ だるさ  
その他や具体的な内容等 ( \_\_\_\_\_ )

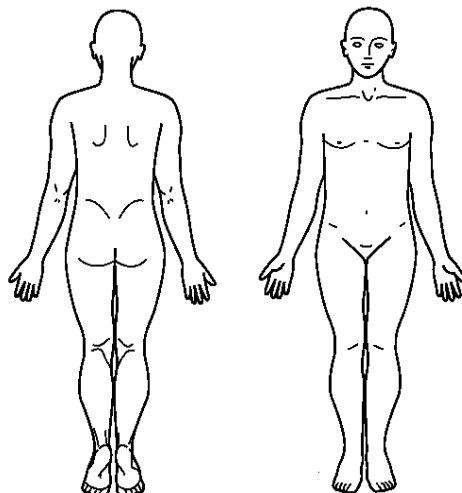
### 2. いつ頃から症状がありますか？

( \_\_\_\_\_ から ) 例) 10日前ごろから等

### 3. 思い当たる原因はありますか？

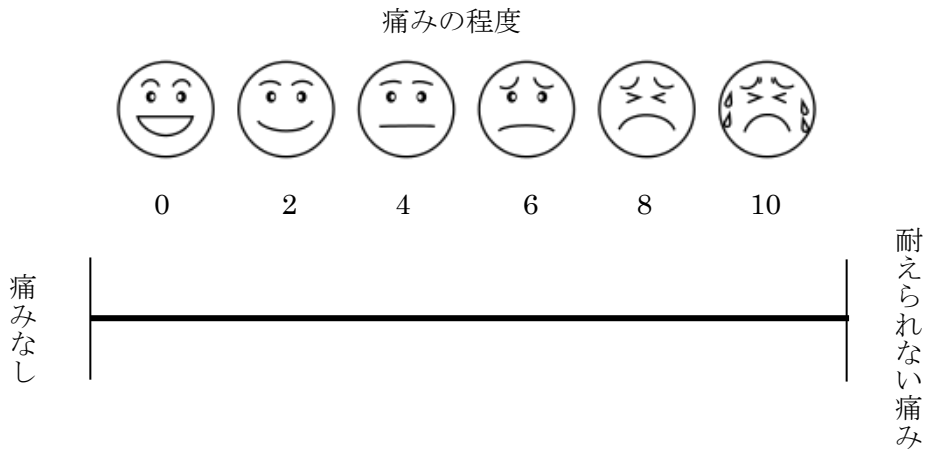
- 転倒した 落ちた ぶつけた ひねった 運動中  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

症状のある部位に○をつけてください



2枚目もご記入をお願いします。

4. 痛みのある方は、痛みの強さを下の表情で示して○をつけてください。  
 または、下の線上で痛みを表す位置に斜線(／)をつけてください。



5. この症状で他の医療機関の診察を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)  
 (はいと答えた方のみ) (医療機関名 \_\_\_\_\_ )  
 紹介状： あり なし  
 検査：レントゲン MRI CT その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 治療内容：薬 注射 手術  
リハビリテーション (内容 \_\_\_\_\_ )

6. ご希望の検査・治療はありますか？ (はい・いいえ)  
 検査：骨密度検査 超音波検査 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 治療内容：薬 注射 リハビリテーション  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

例) 試合があるのでテーピングをしてほしい、  
家でできる運動を教えてください、粉薬が苦手、等

※上記は医師の診断により行われる為、患者様のご希望に添えない場合があります。  
 ご了承ください。

7. 介護保険の認定を受けていますか？ (はい・いいえ)  
 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)

3 枚目もご記入お願いします。

山室クリニック

8. (女性のみ) 現在妊娠またはその可能性はありますか? (はい・いいえ)

9. 現在治療中の病気または過去にした病気・手術はありますか? (はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 喘息 胃潰瘍 腎臓病  
その他 ( )

過去にした手術 ( )

10. いま、何かお薬をのんでいますか? (お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

(はい ( )・いいえ)

11. 薬や注射・食べ物によるアレルギーはありますか?

(はい ( )・いいえ)

12. スポーツをしている方はご記入ください。

●主として行っているスポーツを記入してください。

スポーツ ( ) ポジション ( )

●スポーツ活動のレベルを教えてください。

趣味 アマ プロ

●スポーツを始めてどのくらいですか?

\_\_\_\_\_年

●練習の頻度はどのくらいですか?

週\_\_\_\_\_回 1日\_\_\_\_\_時間

ご協力ありがとうございました。

.....《これより下はスタッフの記入欄です》.....

		R	L		R	L	
頸椎	2 4	肩	2 2' 3	2 2' 3	膝	2 3	2 3
胸椎	2 4	肘	2 3	2 3	下腿	1 2	1 2
胸腰椎	2 4	手関節	1 2	1 2	足関節	1 2	1 2
腰椎	2 4	手	1 2	1 2	足	1 2	1 2
股関節	1 2	指 (第 指)	1 2	1 2	趾 (第 趾)	1 2	1 2
骨盤	1 2	肋骨	1 2	1 2	踵骨	1 2	1 2
骨塩定量		その他					荷重位で