

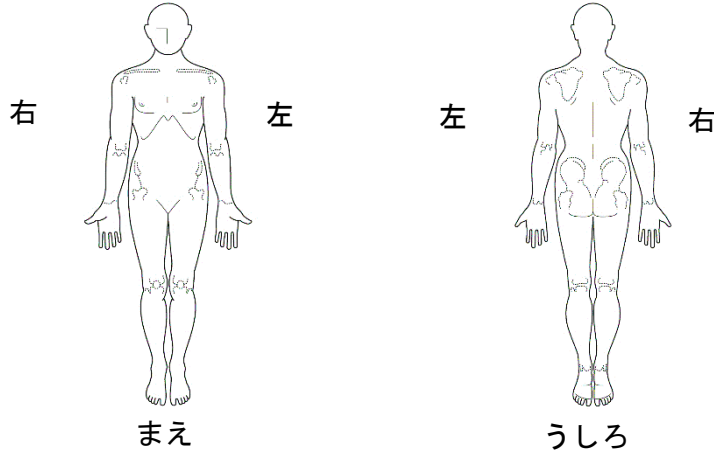
記入日 2024年 月 日

問診票 整形外科

カルテ番号 _____

氏名 _____ 歳 (男・女) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 今日はどうされましたか？具体的な症状 (痛い、しびれる等)と 場所を下の図に記入して下さい。



2. それはいつ頃からですか？ 症状が出るきっかけはありましたか？

3. お仕事、スポーツ、趣味など日常的にされていることを教えてください。【要支援 _____、要介護 _____】

4. これまでにかかった病気やけが、うけた手術等を記載して下さい。【妊娠の可能性 有・無】

5. 使用中の薬、サプリメントなどを記載してください。お薬手帳があれば拝見します。

① 薬で気分不快や発疹を生じたことはありますか (はい、いいえ)

② 胃は弱いですか？ (はい、いいえ)

③ 皮膚はかぶれやすいですか？ (はい、いいえ)

6. 検査や治療についてうかがいます。5段階のうちで近いほうに ○をつけてください。

(ア) 薬について

積極的に使いたい |-----| なるべく避けたい

(イ) 運動療法(筋力訓練やストレッチ)

興味がある |-----| 気が進まない

(ウ) 物理療法(電気鍼や牽引等、週1~2回)

受けてみたい |-----| 通えない、苦手

(エ) 精密検査(血液検査やMRI等)

積極的に受けたい |-----| なるべく避けたい

ご記入を頂き ありがとうございます。