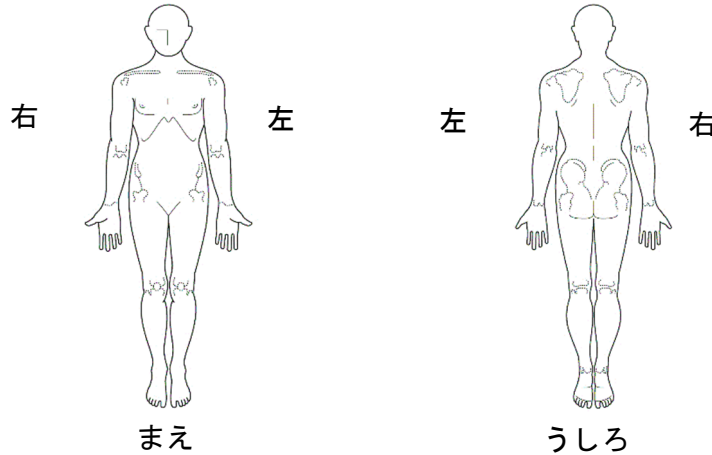


問診票 整形外科

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

ありがとうございました。ご記入後はお手数ですが 受付にお渡し下さい。