

問診票は2枚ご記入下さい。

ID: _____

問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな				性別	生年月日 (西暦)			年齢
名前				男	女	年	月	日
住所 〒		都道	市郡					歳
		県府	区					(学年 年)
電話番号	自宅	()	携帯	()				
身長	体重	利き手	スポーツ					
cm	kg	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左						
職業 ()	内容 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()							
活動性	<input type="checkbox"/> 自立	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
自助具	<input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()							

今回の症状について記入してください

いつから _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

どんな症状ですか

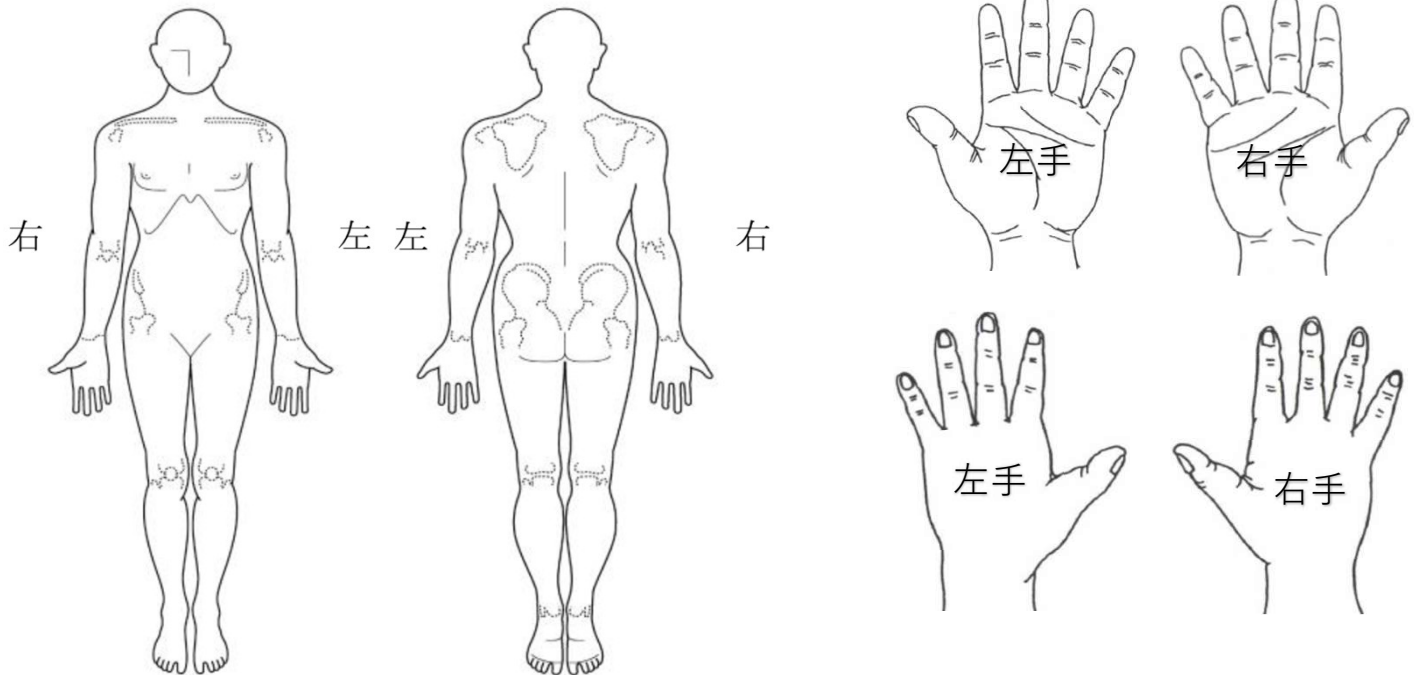
痛み 痺れ 力が入らない 曲がらない 伸びない 変形している

腫れている 熱感がある その他 ()

何をすると、あるいはいつ症状がありますか

思い当たる原因はありますか

症状がある部位を○で囲ってください



現在の痛み、症状の辛さはどの程度ですか 顔の下の直線に印をつけてください



今日、診てもらう症状は他の医療機関または治療院に受診しましたか

ID:

<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	医療機関または治療院	受診日
	診断、治療・処置	20 年 月 日
		紹介状 : 有・無 MRI・CT : 有・無

当クリニックを受診したきっかけを教えてください

<input type="checkbox"/> 知り合いから紹介	<input type="checkbox"/> インターネット（当院ホームページ）	<input type="checkbox"/> インターネット（医療情報サイト）
<input type="checkbox"/> チームから紹介	<input type="checkbox"/> チラシ	<input type="checkbox"/> 近所
<input type="checkbox"/> その他（ ）		

過去の整形外科治療歴、手術歴について記入してください

部位	年齢	ケガ	部位	年齢	ケガ
頭～首			骨盤・股関節		
胸～腹			太もも		
背中～腰			膝		
肩～肘			すね・ふくらはぎ		
肘～手			足首		

治療中の病気などについて記入してください

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ 薬・食物・植物・金属・その他 ）	
		かかりつけ医療機関	内服薬
貧血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ ）	（ ）
喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ ）	（ ）
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ ）	（ ）
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ ）	（ ）
		診断名	
心疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ ）	（ ）
脳血管障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ ）	（ ）
感染性疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ ）	（ ）
腎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ ）	（ ）
その他	（ ）		

嗜好品の習慣

タバコ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	本/日
お酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	日本酒・ビール・焼酎 ml /日 回/週

女性の方へ

現在、妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい（ ）週 <input type="checkbox"/> いいえ
授乳していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

