

整形外科 問診票

お名前 \_\_\_\_\_

体温： \_\_\_\_\_

他院からの紹介状 無 有

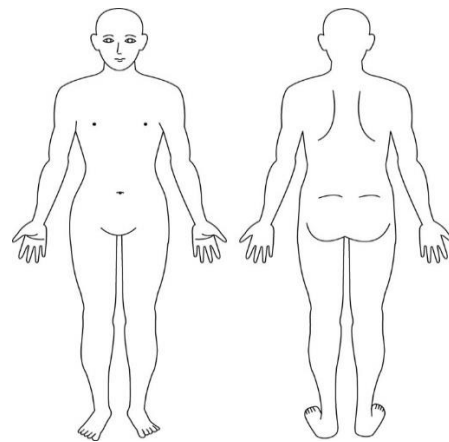
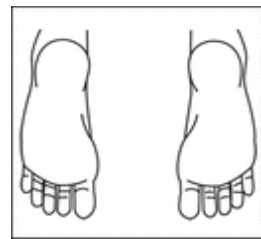
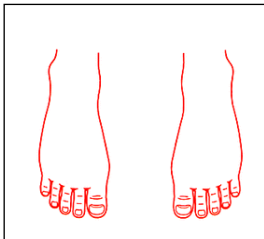
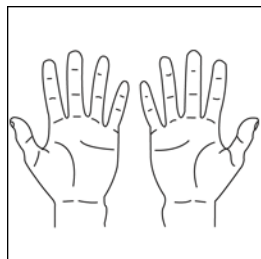
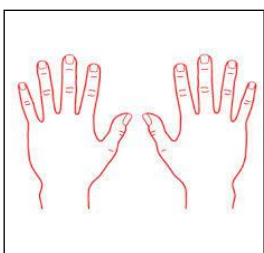
画像データ 無 有

今日はどうされましたか？ 痛み しびれ 傷がある 腫れ  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

思い当たる原因について 外傷（転倒・だぼく・ねんざ） 交通事故  
仕事中（出勤・退勤途中） 原因なし  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

いつから症状がありますか？ 本日 昨日  ( \_\_\_\_\_ ) 日前 その他 ( \_\_\_\_\_ )

症状のある部位に○をつけて下さい。



希望される検査・治療はありますか？ レントゲン 骨密度検査 エコー  
リハビリ（理学療法士による専門的な個別性に合わせた訓練）  
物理療法（疼痛緩和・血流改善のための医療機器を用いた治療）  
紹介状 診断書

《以下は当院を受診したことがある方は記入不要です》

ご職業	会社員（職種 _____） 学生 主婦 パート・アルバイト 無職				
運動	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(具体的に: _____)				
運動歴	( _____ ) 年	運動頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に( _____ )回 <input type="checkbox"/> 月に( _____ )回		
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	授乳	<input type="checkbox"/> 有	喫煙の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食べ物: _____ 薬: _____ その他: _____)				
内服中の薬	<input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ※薬手帳を準備して下さい				
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要介護 ( _____ ) または 要支援 ( _____ )				

来院のきっかけ：武蔵境病院 ホームページ 紹介 近所 その他 ( \_\_\_\_\_ )