

# 〈 外 来 問 診 票 〉

ふりがな

名 前 \_\_\_\_\_ 年 齢 \_\_\_\_\_ 才 ( 男 ・ 女 ) 生 年 月 日 <sup>T S H</sup> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_ (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 職 業 \_\_\_\_\_ [ 一人来院 ]  
 \_\_\_\_\_ 学校 ( 学年 ) \_\_\_\_\_ [ 同伴者有 ]

自 宅 電 話 \_\_\_\_\_ 携 帯 電 話 \_\_\_\_\_ 身 長 \_\_\_\_\_ cm ・ 体 重 \_\_\_\_\_ kg

※この問診票は診療、治療以外の目的には使用しません。ご協力お願い致します。

①本日受診を希望される部位はどこですか？ VAS

右膝 左膝 その他 ( \_\_\_\_\_ )

①で膝の症状とお答えの方はこちらにも記入してください。

②どのような症状ですか？  
 ( \_\_\_\_\_ )

③いつ頃から症状がありますか？  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃～

④きっかけはありましたか？  
 ( \_\_\_\_\_ )

⑤当院以外でこの症状に関し治療をうけたことはありますか？ (又は治療中)  
 はい … 病院名 \_\_\_\_\_  
 治療内容 ( \_\_\_\_\_ )  
 持参資料 … 紹介状 ・ CD-R ・ フィルム  
 いいえ

⑥現在継続している運動はありますか？  
 はい … (何を \_\_\_\_\_ ) (どの位 \_\_\_\_\_ 日/週) ( \_\_\_\_\_ 年)  
 いいえ

## 膝の症状について

- 1). 正座はできますか？  
 はい  
 いいえ
- 2). 階段昇降はできますか？  
 はい  
 いいえ  
 手すり使用  
 一段ずつ昇降する
- 3). 平地歩行時、足をひきずりますか？  
 はい  
 いいえ
- 4). 歩行時、膝くずれ症状はありますか？  
 はい  
 いいえ
- 5). 歩行時、膝のひっかかり感はありますか？  
 はい  
 いいえ

●今までに病気・ケガで手術を受けられたことはありますか？  
 はい … 病院名 \_\_\_\_\_ 手術 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年前)  
 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 手術 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年前)  
 いいえ

●現在治療中の病気はありますか？  
 はい …  高血圧  糖尿病  肝臓  腎臓  脳梗塞  心臓  胃潰瘍  十二指腸潰瘍 )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 いいえ

※上記で「はい」とお答えの方は現在の服用薬をご記入ください。(お薬手帳持参の方は記入不要)

お薬手帳持参  
 お薬手帳お忘れの方 … ( \_\_\_\_\_ )

●お薬のアレルギーはありますか？  
 はい … 種類 ( \_\_\_\_\_ )  
 いいえ

●喘息はありますか？ ( はい ・ いいえ ) ●杖の使用 ( あり ・ なし )