

〈 整形問診票 〉

受診日	年	月	日				
ふりがな 名前	年齢	歳(男・女)	生年月日	T S H R	年	月	日
(〒 -)	職業	一人来院					
住所	学校(学年)	同伴者有()					
自宅電話	携帯電話	身長	cm・体重	kg			

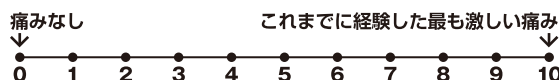
※この問診票は診療、治療以外の目的には使用しません。ご協力お願い致します。

①本日受診を希望される部位はどこですか？

右膝(内側 外側 前方 後方) 左膝(内側 外側 前方 後方)
 その他()

●杖の使用(あり・なし)

VAS



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？

いつから：
 きっかけ：
 症 状：

③この症状に関し当院以外で治療を受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

④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

●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… 手術 病院名 (歳)

手術 病院名 (歳)

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 高脂血症 脳梗塞 心臓病 不整脈 肝臓 腎臓
 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 内容がわかりましたら、ご記載ください。

お薬手帳お忘れの方… ()

●抗血栓薬(血液をサラサラにする薬)を内服していますか？ (はい ・ いいえ)

●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)