

〈 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
住所	職業 学校(学年)	一人来院 同伴者有()			
自宅電話	携帯電話	身長	cm	体重	kg

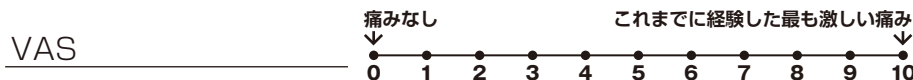
※この問診票は診療、治療以外の目的には使用しません。ご協力お願い致します。

- マイナンバーカードを利用し受付されましたか？ はい いいえ
- はいの方にお聞きします。薬剤情報・特定検診情報の取得に同意されましたか？ はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

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)



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いつから痛み(症状)がありますか？

()

③痛み(症状)の原因(きっかけ)はありますか？

()

④どのような動作で痛み(症状)が出ますか？

()

⑤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 _____ いいえ

治療内容()

持参資料… 紹介状・CD-R・フィルム

⑥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) いいえ
 手術 _____ 病院名 _____ (歳)

●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 いいえ
 その他()

※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(ぜんそく)はありますか？ (はい ・ 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