

整形・脊椎問診票（初診時）

当科では診察の前に、国際基準に則ったご質問にお答え頂いています。診察に必要な情報ですので、お手数ですが、ご記入の程よろしくお願い致します。

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男・女

国籍 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

まず、患者様の医学的・社会的な背景についてご質問させていただきます。

・過去にかかったことのある病気があれば、○で囲んで下さい。

ない

ある

→ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病
脳出血 ・ 喘息 ・ 結核 ・ その他 [_____]

・現在治療している病気はありますか？

ない

ある

→ 病名 [_____] 内服薬 [_____]

・今までに手術を受けたことはありますか？

ない

ある

→ 手術名 [_____]

・薬のアレルギーはありますか？ あれば、原因となるものを○で囲んで下さい。（*）

ない

ある

→ 解熱剤・鎮痛剤・抗生剤・風邪薬・湿布薬・局所麻酔薬

・お仕事は何をされていますか？

(_____)

主婦（主夫）

肉体労働

デスクワーク

その他

・スポーツは現在何をされていますか？また過去に何をされていましたか？

していない

している

→ 現在 (_____) 過去 (_____)

・お酒は飲みますか？

飲まない

飲む

→ (_____) 回/週 ・ 量 (_____)

・タバコは吸いますか？

吸わない

禁煙した → (_____) 年前から

吸う → (_____) 本/日 (_____) 年間

・女性の方へ。現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性のある方は診察時必ず医師にお申し出下さい。

していない

している可能性がある

している

・治療上必要なため、入れ墨（タトゥー）の有無を確認します。

無

有

(部位： _____)

・転倒の危険性について確認します。（*）

1年以内に転倒したことある

ふらつきがある

車椅子使用

杖使用

・家族構成および同居者の方を教えてください。

配偶者 いない いる
お子様 いない いる ()
同居者 一人暮らし いる ()

・ご親族で脊椎や関節の手術を受けた方はいますか？

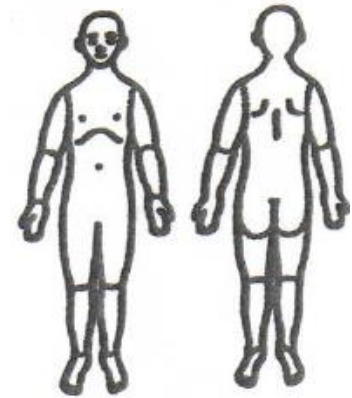
どなたが () 手術部位 ()

今回受診する理由である症状についてご質問させていただきます。

・右側の体の絵をつかって、診察希望の部位を○で囲んで下さい。(※)

・どのような症状がありますか？(※)

痛み
 しびれ感
 歩行困難
 その他 []



・調子が悪くなったのはいつからですか？(※)

西暦 () 年 () 月 () 日頃から

・調子が悪くなった原因として何が考えられますか？(※)

特にない 転倒・打撲
 交通事故 []
 その他 []

・今回のことで他院での治療を受けられましたか？

受けていない 受けた
→ どちらの病院で、どのような治療を受けられましたか？
[]

*他院からの紹介状・レントゲンなどをお持ちであれば、受付にお渡し下さい。

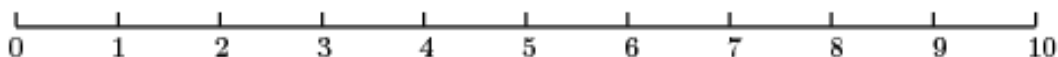
・当院の整形外科は何でお知りになりましたか？

当院かかりつけ インターネット テレビ番組
 知人からの紹介 (知人名:)
 他院からの紹介 (病院名:) その他

・今の痛みの強さはどのくらいですか？痛みを0～10の数値で () 内に記入してください。(※)

「0：まったく痛くない」～「10：想像を絶するほどの痛み」

安静時：() 日常生活時：() スポーツ活動時：()



まったく痛くない

中くらいの痛み

想像を絶するほどの痛み

本人もしくはご家族の緊急連絡先を教えてください。

TEL: FAX:

E-mail address :

たくさんの質問へのご回答ありがとうございました。これらの情報をもとに、診察させていただきます。