

整形外科問診票

ORTHOPAEDIC CONSULTATION QUESTIONNAIRE

ふりがな () () ()
 Name Last (Middle) First Age Date of Consultation YYYY MM DD
 氏名 姓 名 年齢 () 歳 受診日:西暦 年 月 日

*赤い部分はできるだけご記入ください。

1. 診察に来られた症状はいくつありますか？

Number of problems
 1個 2個以上

*症状が3つ以上の場合、混み具合によっては、診察部位を優先2箇所させていただくことがあります。ご了承ください。

2. どのような症状がありますか？ (部位は右の図にご記入ください)

Pain Swollen or Edema numbness dysfunction unable to walk or stand
 痛い 腫れている しびれる 動きにくい 歩けない
 その他 ()

*症状が3個以上ある方も右図にご記入ください。

3. 症状の原因について教えてください。

Cause of symptom, Period of symptom started
 Fall down or Contusion Sport Injury Work or School Injury
 発生状況: 転倒・打撲 スポーツ 仕事・学校
 Traffic Accident or Casualty Othres Unclear
 交通事故・傷害 その他 不明

The detail of Cause or Injury
 ・状況を詳しくご記入下さい

() 不明

・発症時期をご記入下さい () 不明

4. 痛みの強さを、右下の痛みスケールに縦線を入れてお示し下さい。

5. 治療に関しての以下のご要望はありますか？ (複数回答可)

Patient's request regarding to treatment multiple selections possible
 Up to Doctor's decision just want to get medications or plaster
 全てお任せ お薬もしくは湿布だけ欲しい
 want to reduce pain first want to recover disability
 早く痛みをとって欲しい 動き、動作を改善したい
 want to get injections want to avoid injections
 注射を打って欲しい 注射は打ちたくない
 want to return previous sports activity or job try to get rehabilitation or physiotherapy
 スポーツ・仕事に復帰したい リハビリをしたい
 want to know how to do home exercise
 自分でできる運動療法を教えてください
 seeking for a brace or splint want to get an exam for osteoporosis
 装具がほしい 骨粗しょう症のチェックがしたい
 seek for hydro release or hydro dissection injections
 ハイドロリリース注射*を受けたい
 Others
 その他 ()

6. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

Yes No
 はい いいえ

6-1. 「はい」の方は以下もお答えください。

何か検査や治療を行いましたか？

Yes No
 いいえ はい

X-ray UltraSound Blood test
 レントゲン 超音波検査 MRI CT 血液検査
 Prescription Injection Physiotherapy Cast or Splint Surgery
 お薬 注射 リハビリ ギブス 手術
 Others
 その他 ()

7. 過去に現在の症状と関連した病気や手術の既往はありますか？

Yes No
 あり 病名 () 手術名 () : 西暦 年 月 日
 なし

8. 女性の方のみお答えください。

Possibility of pregnancy Yes No
 8-1. 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい 不明
 Breast feeding Yes No
 8-2. 授乳中ですか？ いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

Indicate your symptoms
 症状の部位を下図にご記入ください

Pain 痛い部位
 Numbness // しびれている部位
 Swollen 腫れている部位

痛みスケール (Pain Scale)

0 5 10
 痛みなし 少し 結構 かなり 考えられる
 None less moderate severe intolerable

*ハイドロリリース注射: 痛みを劇的に取る新しい手技の注射です。超音波を使います。

整形外科問診票

ORTHOPAEDIC CONSULTATION QUESTIONNAIRE

ふりがな (やまだ) (たろう)
 Name Last (Middle) 姓 山田 First 名 太郎 Age 年齢 (54) 歳 Date of Consultation 受診日: 西暦 2020 年 3 月 10 日

*赤い部分はできるだけご記入ください。

1. 診察に来られた症状はいくつありますか?
Number of problems

1個 2個以上

*症状が3つ以上の場合、混み具合によっては、診察部位を優先2箇所させていただくことがあります。ご了承ください。

2. どのような症状がありますか? (部位は右の図にご記入ください)
Indicate your symptoms and its lesion in the figure on the right

痛い 腫れている しびれる 動きにくい 歩けない

その他 ()

*症状が3個以上ある方も右図にご記入ください。

3. 症状の原因について教えてください。
Cause of symptom, Period of symptom started

発生状況: 転倒・打撲 スポーツ 仕事・学校
 交通事故・傷害 その他 不明

・状況を詳しくご記入下さい

(庭でつまづいて転んで手をついた) 不明

・発症時期をご記入下さい (3月8日) 不明

4. 痛みの強さを、右下の痛みスケールに縦線を入れてお示し下さい。
Indicate your pain scale in the figure on the right below

5. 治療に関しての以下のご要望はありますか? (複数回答可)
Patient's request regarding to treatment multiple selections possible

全てお任せ お薬もしくは湿布だけ欲しい
 早く痛みをとって欲しい 動き、動作を改善したい

注射を打って欲しい 注射は打ちたくない
 スポーツ・仕事に復帰したい リハビリをしたい

自分でできる運動療法を教えてください
 装具がほしい 骨粗しょう症のチェックがしたい

ハイドロリリース注射*を受けたい
 その他 ()

6. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか?
History of consultation or investigation in other clinic

はい いいえ

6-1. 「はい」の方は以下もお答えください。

何か検査や治療を行いましたか?

いいえ はい

X-ray 超音波検査 MRI CT 血液検査
 お薬 注射 リハビリ ギブス 手術
 その他 ()

7. 過去に現在の症状と関連した病気や手術の既往はありますか?
Past history of disease or operation related to current symptom

あり 病名 () 手術名 () : 西暦 年 月 日
 なし

8. 女性の方のみお答えください。
For woman only

8-1. 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか?
Possibility of pregnancy

いいえ はい 不明

8-2. 授乳中ですか?
Breast feeding

いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。