

整形外科問診票

ORTHOPAEDIC CONSULTATION QUESTIONNAIRE

ふりがな () () Age Date of Consultation YYYY MM DD
 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

*赤い部分ではできるだけ記入ください。

1. 診察に来られた症状はいくつありますか？

Number of problems
 One More than 2
 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 ()

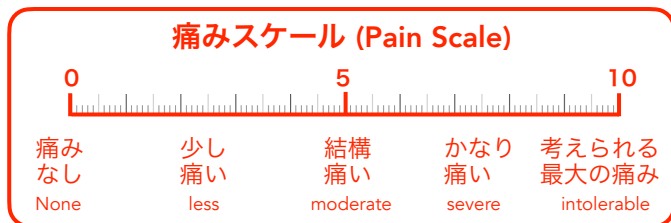
*症状が3個以上ある方も右図にご記入ください。

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, Contusion or Sprain Sport Injury Work or School Injury
 発生状況: 転倒・打撲・捻挫 スポーツ 仕事・学校
 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、下の痛みスケールに縦線を入れてお示し下さい。



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
 いいえ はい (それはいつですか?)年 月 日頃

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

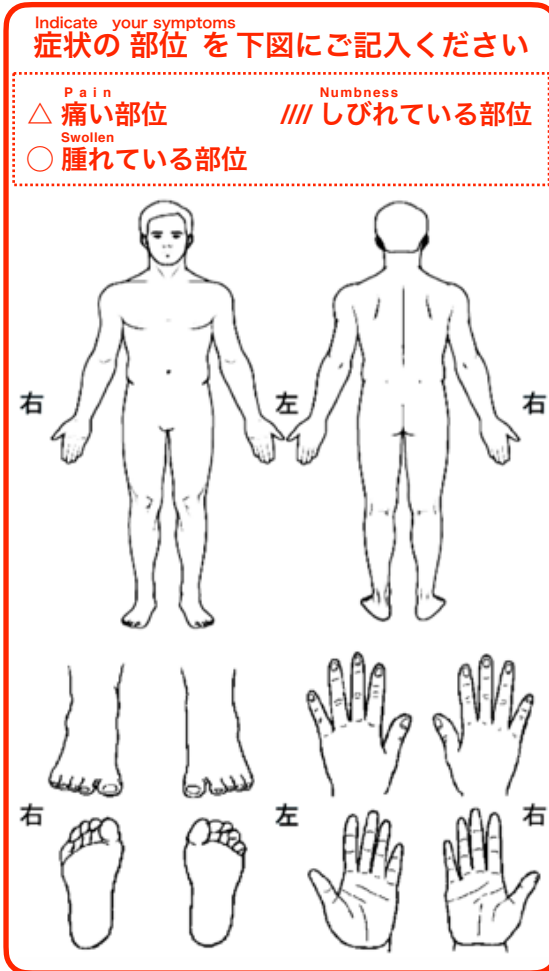
X-ray UltraSound Bloodtest
 レントゲン 超音波検査 MRI CT 血液検査
 Prescription Injection Physiotherapy Cast or Splint Surgery
 お薬 注射 リハビリ ギブス 手術
 Others
 その他 ()

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？

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
 Possibility of pregnancy
 8-1. 妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか？ いいえ はい 不明
 Breast feeding
 8-2. 授乳中ですか？ いいえ はい



裏面もあります。
 診察効率化のため、ご協力よろしくお願ひいたします。

初診患者さん用予診チャート

お名前		受診日	
お仕事		スポーツ	

1. 本日の診察のご希望があれば教えてください。(複数回答可)

- 早く帰りたい(何時までに? _____時 _____分) 手短かに診察(詳しい検査・説明は不要)
- 診断のための検査をしっかり受けたい 病状の説明をしっかり受けたい
- 出来るだけ原因の治療をしたい 出来るだけ早期に症状を取りたい
- リハビリ(物理療法)を受けたい 少ない通院回数で治療したい
- セカンドオピニオン 手術を受けたい

2. エコーはご希望ですか?

- 希望 診断のために必要なら希望 出来るだけしたくない・不要

3. 診断確定のためのMRI検査はご希望ですか?

- 希望 診断のために必要なら希望 出来るだけしたくない・不要

4. 飲み薬(痛み止め、炎症止め、症状軽減の薬)はご希望ですか?

- 希望 不要

5. シップはご希望ですか?

- 希望 (冷シップ・ 温シップ) 不要

6. 塗り薬はご希望ですか?

- 希望 (クリーム・ ローション) 不要

★ 痛み止め、シップ、塗り薬は、治療薬ではなく、痛みを軽減したり、炎症を減らす薬です。(当院では、治療薬という位置づけではないため、ご希望を伺って処方しています。)

7. 注射の治療はご希望ですか?

- 希望 原因治療のためならする 症状軽減できるならする できればしたくない 絶対したくない
- トリガーポイント注射 ハイドロリリース注射 関節注射 ヒアルロン酸注射 腱鞘注射
- 神経ブロック注射 お任せ その他()

8. リハビリ(物理療法)、治療をする場合、一定期間の通院は可能ですか?

もし可能でしたら、通院は週何回可能ですか?

- 可能 → 週何回まで? (週3回 週2回 週1回 月2回 月1回)
- 不可

9. コルセット、サポーターや装具が適応の病気の場合、ご希望ですか?

- 希望 医師が勧めるならする 症状軽減できるならする 値段による 不要

(60歳以上の女性の方・70歳以上の男性の方)

10. 骨密度の検査、骨粗鬆症についてご興味はありますか?(検査、結果説明は後日になります)

- 検査を希望する 興味はある(説明を聞いてみたい) 既に治療中
- 医師に骨粗鬆症を疑われた場合、検査治療を希望する 検査・治療を希望しない

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。

【重要】お薬手帳や内服薬がある方は、必ずスタッフまでお申し出ください。