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。

Number of problems
1. 診察に来られた症状はいくつありますか？
One Morethan 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箇所にさせていただくことがあります。ご了承ください。

Indicate your symptoms and its lesion in the figure on the right
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
Others
□その他 (　　)

＊症状が３個以上ある方も右図にご記入ください。

Cause of symptom, Period of symptom started
3. 症状の原因について教えてください。
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
Traffic Accident or Casualty Othres Unclear
□交通事故・傷害 □その他 □不明

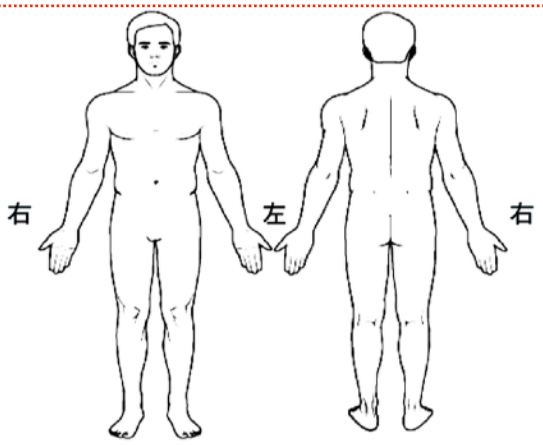
The detail of Cause or Injury
・ 状況を詳しくご記入下さい
(　　) □不明

・ 発症時期をご記入下さい (　　) □不明

Indicate your pain scale in the figure below
4. 痛みの強さと、困り具合を、痛みスケールと困難度スケールに縦線を入れて、お示し下さい。

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



手足の症状の方は下にご記入下さい

痛みスケール (Pain Scale)

痛み なし	少し 痛い	結構 痛い	かなり 痛い	考えられる 最大の痛み
None	less	moderate	severe	intolerable

生活・仕事・趣味動作の困難度 (Disability Scale)

困って ない	少し 困る	頑張らないと できない	できない 時もある	痛くて何も できない
Free	a bit hard	moderate hard	difficult	unable

History of consultation or investigation in other clinic
6. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？
No Yes YYYY MM DD
□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？
No Yes
□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 □ ギプス □手術
Others
□その他 (　　)

Past history of disease or operation related to current symptom
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 Diagnosis Surgery
□あり 病名 (　　) 手術名 (　　)
No Date YYYY Year MM Month DD Day
□なし 時期 (西暦　　年　　月　　日)

For woman only
8. 女性の方のみお答えください。
8-1. Possibility of pregnancy 妊娠 中、 もし くは妊娠の可能性がありますか？ No Yes Unclear □いいえ □はい □不明
8-2. Breast feeding 授乳中ですか？ No Yes □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いいたします。

とだに整形外科
Todani Orthopedic Clinic

Version 14 September 2020

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（エコー、MRI、血液検査など）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　☐ 早期に症状を取りたい
☐ リハビリ（物理療法）を受けたい
☐ 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・してみたい　☐ 出来るだけしたくない・不要　☐ わからない

3. 診断確定のためのMRI検査はご希望ですか？（三原医師会病院で別日に検査します）

☐ 希望・してみたい　☐ 出来るだけしたくない・不要　☐ わからない

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　☐ 飲むほど痛くない・不要

5. シップ　もしくは　塗り薬はご希望ですか？

☐ シップ希望→いづれかにチェックを（☐ 冷シップ・☐ 温シップ）
☐ 塗り薬希望→いづれかにチェックを（☐ クリーム　☐ ローション　☐スティック状）
☐ 使うほど痛くない・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**緩和薬**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。）

6. 注射の治療はご希望ですか？（注射メニューはわからなければ記入不要です）

☐ 希望・してみたい　☐ 注射するほど痛くない・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（　　）

7. 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、通院はどのくらいの頻度で可能ですか？

☐ 可能　➡ 週何回まで？（☐ 週３回　☐ 週２回　☐ 週１回　☐ 月２回　☐ 月１回）
☐ 不可

8. 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・してみたい　☐ 不要・着けるほど痛くない

（60歳以上の女性の方・70歳以上の男性の方）

9. 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　☐ 興味がある（説明を聞いてみたい）　☐ 既に治療中
☐ 検査を希望しない・興味ない

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。

とだに整形外科
Todani Orthopedic Clinic

Version　14 September 2020