

整形外科問診票

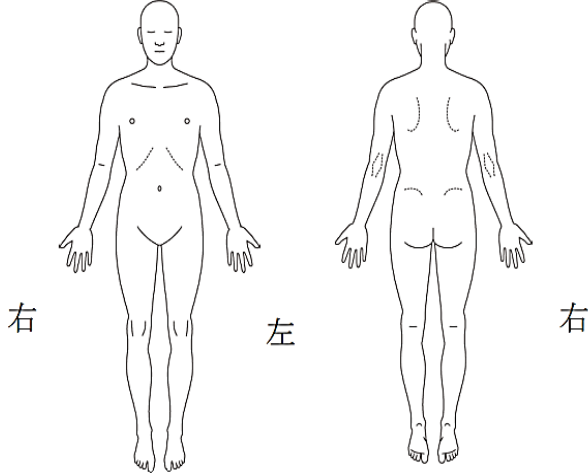
年 月 日

氏名 _____ 様 (_____ 歳)

身長: _____ cm 体重: _____ kg 職業: _____

* 仕事中のケガ(労災)や事故(自賠償)の際は、受付にお申し出ください *

1. 下記の図に診療を希望される部位を記入してください



①どのような症状ですか(複数回答可)

- 痛い しびれる 動かしにくい
 はれている 傷がある
 その他(_____)

②いつ頃からですか

③症状に原因はありますか

- 運動で 仕事で 原因不明
 その他(_____)

2. 受診の目的を選択してください(複数回答可)

- 一般の診療と治療 他医療機関からの紹介 セカンドオピニオンを受けたい
 リハビリを受けたい 手術を受けたい 診断書の作成依頼
 その他(_____)

3. 今回の症状で、他院で治療を受けたことがありますか

いいえ はい (医療機関名: _____)

4. 紹介状や他院からのレントゲン・検査結果はお持ちですか

いいえ はい

5. 注射や飲み薬・湿布などで副作用が出たことがありますか

いいえ はい

・「はい」と答えた方、どのような症状でしたか

6. 抜歯やケガなどで局所麻酔をした際に、気分が悪くなったことがありますか

いいえ はい

7. 他に治療している病気はありますか

いいえ はい (高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中
 胃腸病 腎臓病 ぜん息
 その他(_____))

8. 手術をしたことがありますか

いいえ はい (手術名: _____)

9. 現在妊娠していますか

いいえ はい (現在 妊娠 第 _____ 週)

10. その他、気になることや相談したいことがございましたらお書きください

スポーツをしている方

年 月 日

氏名 _____ 様

所属チーム名または学校名 (_____)

1.行っている競技名に☑を付けてください

<input type="checkbox"/> 野 球	<input type="checkbox"/> サッカー	<input type="checkbox"/> バスケットボール	<input type="checkbox"/> バレーボール
<input type="checkbox"/> テニス	<input type="checkbox"/> バドミントン	<input type="checkbox"/> ハンドボール	<input type="checkbox"/> ソフトボール
<input type="checkbox"/> 陸 上	<input type="checkbox"/> 卓 球	<input type="checkbox"/> 剣 道	<input type="checkbox"/> ラグビー
<input type="checkbox"/> 柔 道	<input type="checkbox"/> 合気道	<input type="checkbox"/> 太極拳	<input type="checkbox"/> 空 手
<input type="checkbox"/> ゴルフ	<input type="checkbox"/> 器械体操	<input type="checkbox"/> 新体操	<input type="checkbox"/> 水 泳
<input type="checkbox"/> アメリカンフットボール	<input type="checkbox"/> スキー・スノボード	<input type="checkbox"/> ボクシング・キックボクシング	<input type="checkbox"/> ジョギング
<input type="checkbox"/> その他 (_____)			

2.何歳から始めましたか

- 6歳以下 小学校低学年 小学校高学年 中学生
 高校生 大学生 20～30歳 30歳以上

3.現在レギュラーですか (はいの方は主な成績をご記入ください 例:船橋市準優勝、国体代表等)

- いいえ はい 成績(チーム: _____ 個人: _____)

4.一週間に何日練習を行っていますか

- 1日 2日 3日 4日 5日 6日 ほぼ毎日

5.一日の練習時間はどれくらいですか

- 1時間以内 1～2時間 2～3時間 3～4時間 4時間以上

6.現在練習はどうしていますか

- 痛くてできない(休んでいる)
 痛みの出ないものだけやっている
 痛みがあるがやっている

7.ケガをしてから、または痛みを感じ始めてからの痛みの経過について

- ケガをした時と全く変わっていない
 徐々に良くなっている
 徐々に悪化している

8.どんな時に痛みますか(複数回答可)

- 安静にしても痛む
 日常生活動作(歩く、寝返り、着替える等)でも痛む
 スポーツをする時に痛む
 練習など疲れてくると痛む
 起床時や朝痛む
 夜に痛む

9.現在、練習や試合・大会を続ける事を強く望みますか

(注射・消炎鎮痛薬・テーピング等を行っても、練習や大会に出なくては行けないと考えている)

- はい
 わからない
 休んで治るのであれば休みたい