

レントゲン（可・不可）

問診票

年 月 日

名 前： 生年月日：T・S・H・R 年 月 日 歳

職 業： 体重 kg

※ご記入頂きました問診票の個人情報、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理いたします。

※当院ではより丁寧な診察を提供するために、1回の診察では2部位と決めさせて頂いています

1. どのような症状ですか？症状のある場所を図の該当部位に○印をつけてください。

・痛み・しびれ・腫れ・しこり・傷

・その他（ ）

・部位：

2. いつ頃から症状が出てきましたか？

・今日 時ころから

・約 日 カ月 年 前から

・不明

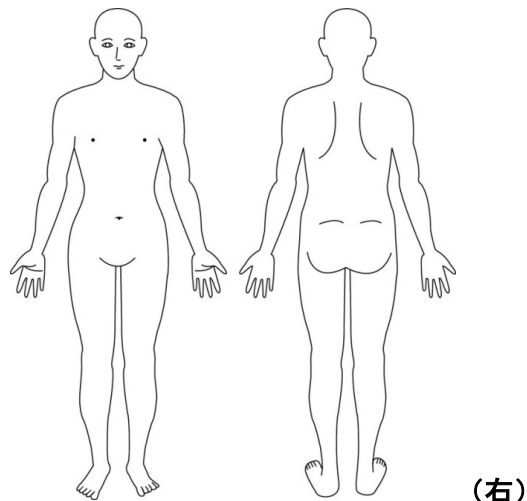
3. 思い当たる原因はありますか？

・転倒 ・スポーツ（種目 ）

・交通事故 受傷日 年 月 日

・通勤中もしくは仕事中的お怪我ですか？ はい ・ いいえ

・不明 ・その他（ ）



4. 発生場所（初めて痛みがでた場所）はどこですか

・自宅 ・職場 ・通勤途中 ・学校 ・その他（ ） ・不明

5. 今回の症状に対し、他院で検査や治療を受けられたことはありますか？（接骨院、鍼灸院なども含めて） はい ・ いいえ

6. 【女性の方へ】

現在、妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

7. 特にご要望の検査はありますか？

①レントゲン一般撮影 ②超音波検査(エコー)

③骨粗しょう症セット(骨密度、採血) ④リウマチセット(レントゲン・採血)

※いずれも医師の判断で行いますので、ご希望に添えないこともあります。

8. 当院をどのようにお知りになりましたか？

・紹介（ ）様 ・以前に通院していた ・家族が通院していた ・口コミ

・インターネット情報サイト ・ホームページ ・その他（ ）

裏面にも記載をお願いしたい項目があります。診療待ち時間短縮のためご協力お願いいたします。

9. 鎮痛剤内服の処方を希望されますか？

1, 希望する 2, 希望しない 3, 医師の判断に任せる。

10. 湿布は希望されますか？

1, 希望する 2, 希望しない 3, 医師の判断に任せる。

11. 痛み止めの塗り薬は希望されますか？

1, 希望する 2, 希望しない 3, 医師の判断に任せる。

12. 漢方薬は苦手ですか？

1, はい 2, いいえ 3, どちらでもない

13. 注射は希望されますか？

1, 希望する 2, 希望しない 3, 医師の判断に任せる。

14. コルセットやサポーターは持っていますか？

1, はい 2, いいえ

15. リハビリが必要な時、週何回通院できますか？

1, 何回でも通院可能 2, 週2～3回なら 3, 週1回 4, 来られない

16. お薬を服用していますか

はい ・ いいえ

※お薬手帳 あり ・ なし ・ アプリ

薬の名前が分からない場合は看護師に伝えて下さい。

()

17. 既往歴・手術歴：今までかかった事のある病気、現在治療中の病気があれば簡潔に記入して下さい。

()

介護保険該当の方のみお答えください。

18. 介護保険をお持ちですか？

1, はい 2, いいえ

19. 介護保険を利用したリハビリサービスをすでに受けていますか？

1, はい 2, いいえ 3, わからない

* ご回答ありがとうございます。ご質問などがありましたら、ご遠慮なくお尋ねください。

河野整形外科