

# 整形外科問診票

受診日 年 月 日  
住所・電話番号の変更のない方は、※フガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

フガナ			生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	歳
氏 名		男・女				
住 所	〒 -				携帯番号	-
					TEL	-

下記のご質問にお答え下さい。

《重要》薬や食べ物でアレルギーはありますか？

ある 薬( ) ・ 食べ物( )  
なし

※女性の方のみお答え下さい。

妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい

授乳中ですか？

いいえ はい

1. どのような症状で来院されましたか？

痛み しびれる 腫れ 動きにくい  
その他( )

2. いつ頃から症状は出てきましたか？

\_\_\_\_\_から

3. 症状のある部位を右の図で示して下さい。

また、症状のある部位をご記入ください。

右・左の \_\_\_\_\_

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

交通事故 仕事中 スポーツ 転倒  
その他( ) 特に原因なし

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

病院 医院 接骨院 マッサージ院  
治療内容: 投薬 注射 物理療法  
検 査: レントゲン MRI  
紹介状あり 画像あり 受診していない

6. 現在治療中の病気があればお答え下さい。

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍 その他( )  
治療中の病気はない

7. 過去にけがや病気で治療や手術を受けた事がありますか？

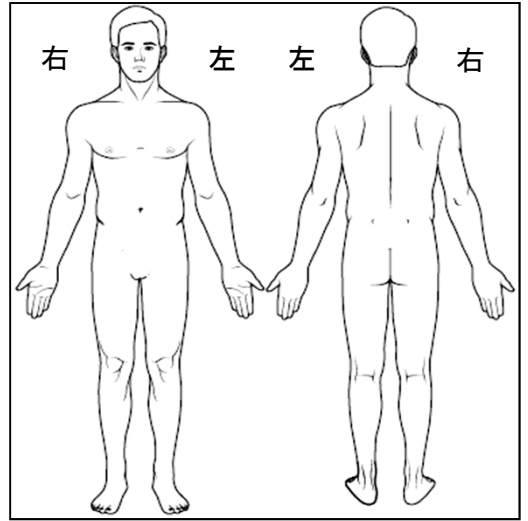
ある 病名・手術名( ) 手術年月: ( ) 特になし  
病名・手術名( ) 手術年月: ( )

8. 現在、内服している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中のお薬( )

10. (当院が初めての方にお聞きします)当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1)知人の紹介 2)病院の紹介 3)通りがかり 4)インターネット 5)チラシ広告 6)看板 7)その他( )



高校生以下の受診には保護者同伴が必須となり、診察終了までご同席ください。ご不在の場合、医師の判断にて診療を中止いたします。

下記の検査や治療についてご要望がございましたら、欄にチェックして下さい。

- CT MRI MRA：頸椎症、脊髄症、胸椎・腰椎のヘルニアなど整形外科領域において全身各部位の診断に非常に役立ちます。
- 骨密度検査：骨の強さや骨年齢を検査し必要に応じて治療します。主に骨粗鬆症を診断する検査です。
- トリガーポイント注射：痛みのポイントに局所麻酔剤を注射します。繰り返すことにより痛みの除去する効果が期待できます。(肩こりや腰痛などの方)
- 関節注射 (関節痛などの方)：患部にヒアルロン酸を注射し減少したヒアルロン酸を補い、痛みや炎症を抑える効果があります。
- 点滴注射・静脈注射：長引く痛み、しびれ等に効果のある薬剤を使用し注射を続けることで痛みを和らげる効果があります。
- リハビリ：筋肉と関節を原因とした運動能力低下や疼痛に対して運動療法や物理療法を行います。投薬や注射と併用することでより大きな効果が期待できます。

上記内容は医師の診断の元に行う治療行為となります。患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

外出を希望される方は、受付にてお手続きをお願い致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで  
お時間までに戻られず、呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。