

問 診 票

新松戸整形外科リハビリテーションクリニック

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	年齢	歳
氏名			大・昭・平・令	年	月 日
住所	〒 ー				
電話番号		携帯			
職業		普段やっているスポーツ			
介護認定 有・無 介護認定を受けている方(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)					

1. 具合が悪い場所はどこですか。

部位(右・左・両側)

思い当たる原因・要因はありますか。

労災(工作中 or 通勤中)・交通事故・特になし

その他()

*例)ドライヤーで髪の毛を乾かすとき など生活動作

2. いつからですか。

月 日・ 日前・ 週間前・ か月前

3. どのような症状ですか。又どうしたら痛みが強く自覚されますか。

・痛み ()

*例)膝く深く曲げたとき など痛みが強くなる動作

・しびれ・変形・動きが悪い・腫れ・その他()

4. 症状が出る頻度はどのくらいですか。

毎日・週1・月1・その他()

5. 症状の強さはどのくらいですか。

(一番強い時を10として今の痛みのレベルのところに○を記入してください)

【 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 】

6. 同じ症状で他の医療機関に受診しましたか。

・はい(病院名・治療内容:)

(紹介状・画像データ: あり・なし)

・いいえ

7. 現在薬を服用していますか。 *薬の副作用が出た事がある場合はその他に記入をお願いします

・はい(薬の名前:)

・いいえ

・その他()

8. アレルギーはありますか。

・はい()

・いいえ

9. 女性の方へ： 現在妊娠していますか。又は妊娠している可能性がありますか。

・はい(カ月)

・いいえ

現在閉経はされていますか。

・はい(歳のとき)

・いいえ

10. 今までにかかった病気で主なものをあげて下さい。

()

※はいの方へ

骨密度検査希望されますか？

・はい

・いいえ

11. 当院を何で知りましたか。

・ホームページ ・その他()

