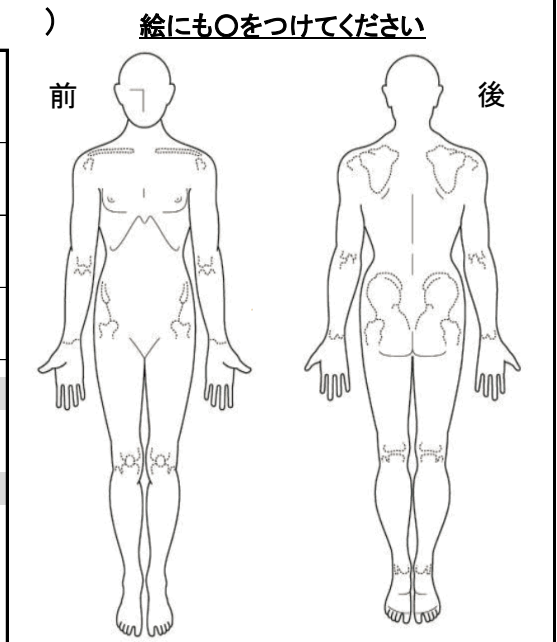


整形外科外来問診票

氏名	性別 男・女	職業・スポーツ
----	-----------	---------

症状があるのはどこですか？	首・腰・肩・肘・腕・手・股関節・膝・足首・足 その他()
どのような症状ですか？	いたい・しびれる・力がいらない・はれている 動きが悪い・その他()
いつ頃から症状がありますか？	
思い当たる原因はありますか？	
どのような時症状がおきますか？	



■ 今回の症状で、他の医療機関での受診や治療はありますか？
 なし あり(お薬・注射・リハビリ・他) (医療機関:)

■ どのような目的で受診されましたか？
 精査(レントゲン・MRIなど) 保存療法 リハビリ
 手術療法 セカンドオピニオン その他()

■ 1年以内に健診を受けましたか？ (受けた・受けていない)

■ ペースメーカーを装着していますか？ (いいえ・装着あり)

■ 定期的な注射(自己注射含む)をしていますか？ (いいえ・注射あり)

■ 今までの病気について、かかった年齢と現在の状況をご記入ください

【職員記載】MRI禁忌懸念
 無 有→全て禁忌入力する

オ	高血圧	内服中・指摘のみ	オ	腎臓病	内服中・指摘のみ	オ	肝臓病	内服中・指摘のみ
オ	心臓病	内服中・指摘のみ	オ	泌尿器疾患	内服中・指摘のみ	オ	肺疾患	内服中・指摘のみ
オ	不整脈	内服中・指摘のみ	オ	糖尿病 HbA1C ()	内服中・指摘のみ インシュリン中 リプレセンサー使用 インシュリンポンプ使用	オ	喘息	最終発作: 年 月 日
オ	脳疾患	内服中・指摘のみ	オ	緑内障	点眼中・指摘のみ	治療薬: 常用・発作時のみ・現在なし		
オ	胃潰瘍	内服中・指摘のみ	その他					

■ 今までに手術を受けた事がありますか？ ある場合は、どのような手術を(いつ頃)受けられましたか？
 なし ※記入例: 大腸ポリープ切除(50才)、白内障(昨年10月)
 あり⇒

■ 現在お薬を使用していますか？ (いいえ・はい) ※お薬手帳またはお薬をお持ちの方は必ず受付へお出ください。

■ アレルギーはありますか？

なし 麻酔・造影剤・その他薬品()・金属類・ゴム製品・アトピー性皮膚炎
 あり⇒ 食品()・その他()

■ アルコール 飲まない 飲む (種類:) (週に 回) (1回に ml)

■ たばこ 吸わない 過去に吸っていた (1日 本)(約 年間)
 現在吸っている (1日 本)(約 年間)

■ 女性の方へ ・妊娠可能性は?(あり・なし) ・授乳中ですか?(はい・いいえ)

【職員記載】 以下の該当があれば受付票に”赤”で印をつけてください
 ◆転倒歴(いつ頃) ◆移動の際の介助(要・不要) → 受付表と電子カルテに入力