整形外科問診票

記入日　　年　　月　　日
氏名

1.本日はどのような症状で受診されましたか、以下の項目に〇をつけてください（いくつでも結構です）

痛い　だるい　動きが悪い　細やかの動作がやりにくい　しびれる　はれている
しこりがある　力が入りにくい　形がおかしい　その他（　　）

2.症状のある部分はどこですか

（　　）

3.その症状はいつからですか

ケガの場合：　　年　　月　　日
それ以外の場合：　0～3 日前　　3～7 日前　　1 ～3 週間前　　1 か月前
2～3 月前　　（　　）か月前　　いつからかわからない

4.原因として思い当たることはありますか、以下の項目に〇をつけてください

ある：使いすぎ　　打撲　　転んだ　　捻挫　　その他（　　）
ない　、　わからない

5.交通事故や仕事と関係がありますか

ある：交通事故　　仕事　　通勤中
ない

6.現在の症状で他の医療機関を受診したことはありますか

ある：病院名（　　）　　年　　月ころ
ない

7.局所麻酔（歯の治療時など）で気分が悪くなったことはありますか

ある　　ない　　受けたことがない

8.金属アレルギーはありますか

ある　　ない

9.仕事をしている方は、職種と仕事の内容について教えてください（力仕事や繰り返し動作の有無、作業姿勢など）

（　　）

10.愛好しているスポーツや趣味の中で、症状に関連している可能性のありそうなものがあれば教えてください（手や足、首や腰に負担がかかるなど）

（　　）

当科の診療の基本方針は本人への説明と告知を基本原則としております