

初来初診（初診オーダー）

再来（長期）6ヶ月以上
（初診判断、オーダー）

再来（短期）6ヶ月未満

【小児整形外科】問診票

大坂市立総合医療センター 小児医療センター外来

フリガナ () (男 ・ 女)

お子様のお名前 () (歳 ヶ月)

★診察の前に下記の点についてご記入をお願い致します。

お父様の年齢 _____ 歳 お母様の年齢 _____ 歳

本人の 身長 _____ cm 体重 _____ kg きょうだい _____ 人中 _____ 人目

	質問	回答欄	
(1)	本日の受診の理由	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 形がおかしい <input type="checkbox"/> 歩き方がおかしい <input type="checkbox"/> その他 ()	
(2)	部位	<input type="checkbox"/> くび <input type="checkbox"/> 上肢/肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 背骨 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(3)	いつごろから	<input type="checkbox"/> 出生時から <input type="checkbox"/> _____ 歳 _____ ヶ月から <input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日ごろから	
(4)	きっかけ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()
(5)	他の病院での受診	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した 施設名 () 病 名 () 診察日 ()
(6)	同じ疾患、外傷に対して既に治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている
(7)	出生時の状況について	分娩方法 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 () 胎位 <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位（逆子） <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 双子 <input type="checkbox"/> 三つ子 <input type="checkbox"/> 四つ子以上	
(8)	スポーツ歴	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある いつから () 種 目 () 練習頻度 ()
(9)	きょうだい、両親、親戚の方に同じ症状の方や骨・関節疾患の方	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる どなたが () 症状または病名 ()