

※お薬手帳も一緒に提出ねがいます

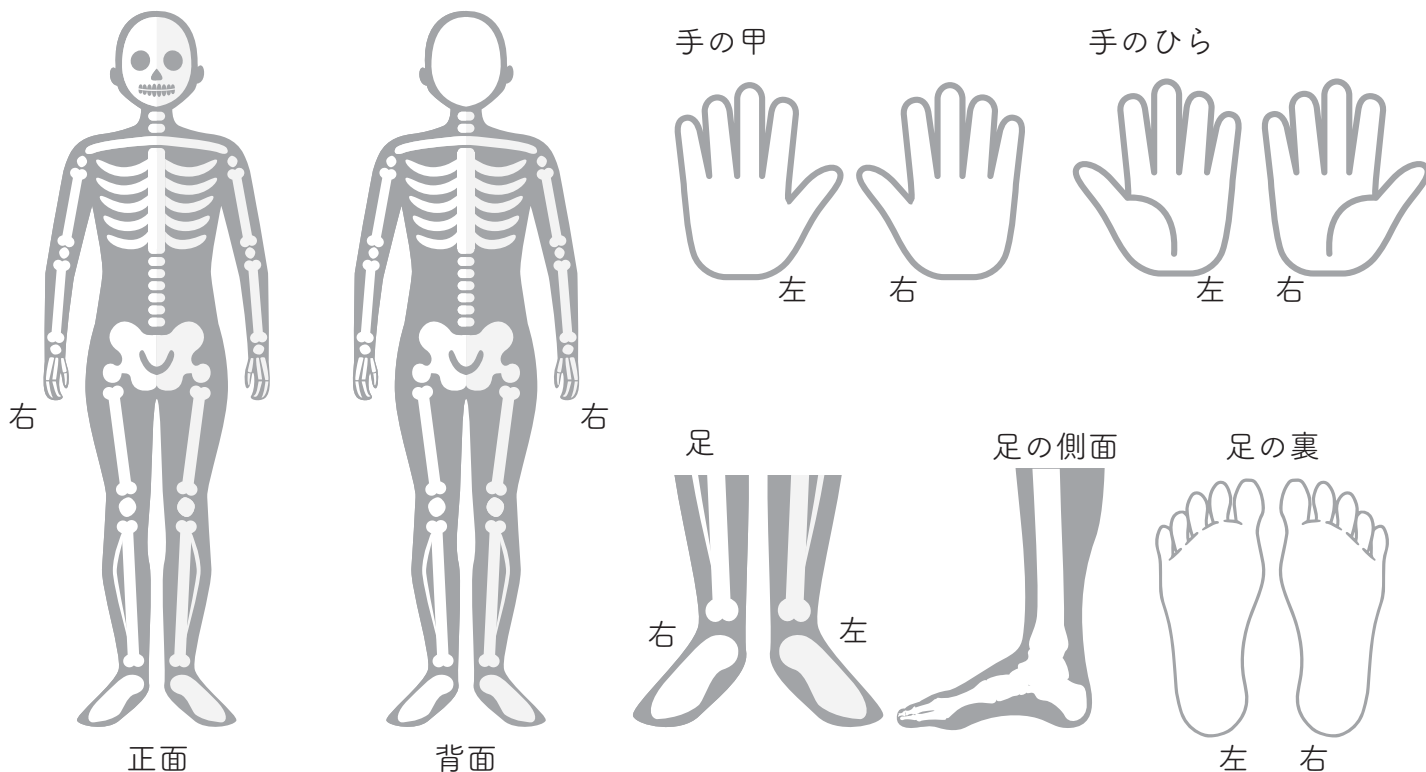
整形外科外来 問診票

氏名		性別	
電話		年齢	歳
生まれた場所（都道府県）			

※日本整形外科学会の規定によりご記入にご協力ねがいます

年 月 日

■ご相談する身体部位はどこですか？ ○印をつけてください



■その症状からいつからですか？

交通事故・スポーツ中のケガ・工作中的の事故などの場合はその内容もご記入ください

■その症状は治療中ですか？ 該当するものに○印をご記入ください

いいえ ・ はい 病院名（ ）

■現在治療中の病気・ケガなどがありますか？ ○印をご記入ください

ない ・ ある

高血圧 糖尿病 不整脈 心疾患 脳血管障害 腎臓病
 肝臓病 胃潰瘍 喘息 痛風 骨粗鬆症 骨折
 その他（ ）

■現在服用されている薬はありますか？ ○印をご記入ください

ない ・ ある 処方した病院名 ()

処方薬の名前 ()

血液をさらさらにする薬を飲まれていますか？ はい ・ いいえ

■今までに入院・手術をされた経験はありますか？ ○印をつけてください

ない ・ ある

年 月ごろ 病名 () 病院 ()

■仕事や生活について あてはまる項目に○印をつけてください

- ・仕事や生活のなかで力仕事が多いですか？ 力仕事が多い ときどきある めったにない
- ・車に乗る機会が多いですか？ 長時間乗る ときどき乗る めったにない
- ・立ち仕事をされていますか？ している (時間 / 1 日) していない
- ・座ったまま仕事をされていますか？ している (時間 / 1 日) していない
- ・体内に金属類が入っていますか？ 金属が入っている 入っていない
- ・アレルギーはありますか？ ある ない わからない
- ・タバコを吸いますか？ (電子タバコ含む) 吸う (1 日 本) 以前吸っていた 吸わない
- ・お酒は飲みますか？ ほぼ毎日飲む ときどき飲む 全く飲まない

■現在の状況で該当するものに○印をご記入ください

働いている 休職中 主婦・主夫 学生 その他 ()

該当する女性の方のみ

妊娠の可能性がある 妊娠中 (週) 授乳中 その他 ()

スポーツをされる方のみ

競技名 () ポディション ()

競技歴 (年) 練習などの頻度 (週に 回 / 時間程度)

■事故に遭われたときの状況について 該当する項目に○印をご記入ください

事故発生した日時	年	月	日	時	分頃
事故にあったときは	歩行中	自転車に乗っていた		車の運転中	
	仕事中 ()				
<u>車との接触事故の場合のみ</u>					
どのようにぶつかりましたか?	正面衝突	横から (右・左)	後ろから		
シートベルトについて	装着できていた	装着できていなかった			
エアバックについて	作動した	作動しなかった	搭載していない		
座席の位置について	運転席	助手席	後部座席 (右・左)		
車のハンドルについて	右ハンドル	左ハンドル			
その他気になる点を教えてください ()					

■該当する項目に○印をご記入ください

- ・お住まいについて 一軒家 マンション (エレベーター 有・無)
- ・ご自宅の人数について ひとり暮らし 配偶者がいる 同居者がいる
- ・骨折をした経験はありますか? ない ある (部位:)
- ・骨粗鬆症の治療を受けたことはありますか? ない ある (薬の名前:)
- ・介護保険認定を受けていますか? いいえ
はい (要支援1・要支援2
要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)
- ・デイサービスやデイケアなどの施設を利用されていますか? いいえ
はい (利用先:)

あてはまるものに○をつけてください (複数回答可)

- () 靴下を片脚立ちで履けない () 階段をのぼるときは手すりが必要
- () 横断歩道を青信号のうちに渡れないことがある
- () 15分以上、歩き続けることはできない
- () 家のなかで転倒することや段差につまずくことが多い
- () 1ℓの牛乳パック2つ程度を購入後に持ち帰ることは難しい
- () 掃除や洗濯など困難になった家事がある
- () 該当する項目は特にない