

記入日

令和 年 月 日

氏名

ふりがな

男・女

住所

〒 —

電話

自宅

携帯

— — — —

生年月日

大正・昭和

平成・令和

年 月 日 才

職業

体重

※15才未満の方のみ

kg

体温

℃

本日はどのような症状ですか？(あてはまるものすべてにチェック)

☐ 痛み ☐ しびれ ☐ 腫れ ☐ 動かしにくい

☐ 力が入りにくい ☐ 変形 ☐ その他()

具体的に()

症状のある部位はどこですか？

症状のある場所に○をつけてください

右 左

左 右

次のような症状はありますか？(あてはまるものすべてにチェック)

☐ しびれ ☐ 脱力感・力が入りにくい ☐ 夜間痛(夜中に痛む)

☐ 朝のこわばり ☐ 発熱 ☐ 歩きにくい・ふらつく

☐ 排尿・排便の異常(もれ・出にくい) ☐ 体重減少

☐ 転倒しやすくなった ☐ その他()

これまでに同じ症状で治療を受けたことがありますか？

☐ いいえ(今回が初めて) ☐ はい

「はい」の方は内容をご記入ください

☐ 整形外科 ☐ 整骨院・接骨院 ☐ 整体

☐ 鍼灸 ☐ リハビリ ☐ 手術 ☐ その他()

具体的に()

現在、治療中の病気や内服薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい

「はい」の方は内容をご記入ください

病名()

薬名()

血液サラサラの薬を飲んでいますか？ ☐ いいえ ☐ はい

骨粗しょう症について(あてはまるものすべてにチェック)

☐ 骨粗しょう症と言われたことがある ☐ 骨粗しょう症の薬を飲んでいる

☐ 骨折したことがある 部位() 時期()

いつから症状がありますか？

☐ 今日 ☐ 昨日～数日前 ☐ 1週間以内 ☐ 1ヶ月以内

☐ 3ヶ月以内 ☐ 3ヶ月～6ヶ月以内 ☐ 6ヶ月～1年以内

☐ 1年以上前 具体的に()

手術・入院歴はありますか？

☐ いいえ ☐ はい

「はい」の方は内容をご記入ください

内容() 時期()

原因はありますか？(あてはまるものすべてにチェック)

☐ 思い当たる原因はない ☐ 転倒・つまずき ☐ 工作中・作業中

☐ スポーツ 種目()(週 日程度) 期間()

☐ 交通事故 ☐ その他 具体的に()

アレルギー・副作用の既往について

●薬剤アレルギーや副作用

☐ なし ☐ あり 薬剤名() 症状()

●麻酔薬・注射での気分不良

☐ なし ☐ あり(めまい・気分不良・発汗・動悸・吐き気など)

●アルコール(消毒用エタノール)での皮膚症状

☐ なし ☐ あり(赤み・かゆみ・湿疹・しみるなど)

●イソジン(ヨード系消毒薬)での皮膚症状

☐ なし ☐ あり(赤み・かゆみ・湿疹・しみるなど)

●その他、アレルギーや気をつけてほしいことがあればご記入ください

()

喫煙・飲酒について(あてはまるものすべてにチェック)

喫煙 ☐ なし ☐ あり(1日 本)

飲酒 ☐ なし ☐ あり(1日 合)

〔女性の方〕現在妊娠中、または授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ 妊娠中(週) ☐ 授乳中 ☐ わからない

ご希望・相談したいこと〈最も重視されるものをお聞かせください〉

☐ 原因を知りたい ☐ 痛みをとりたい ☐ リハビリを受けたい ☐ 注射治療を受けたい

☐ 手術について相談したい ☐ 骨粗しょう症の相談をしたい ☐ その他()

ご協力ありがとうございました

この問診票は診療の参考にさせていただきます。
ご不明な点があれば、スタッフまでお声がけください。