

今回の症状に関する問診

氏名: _____

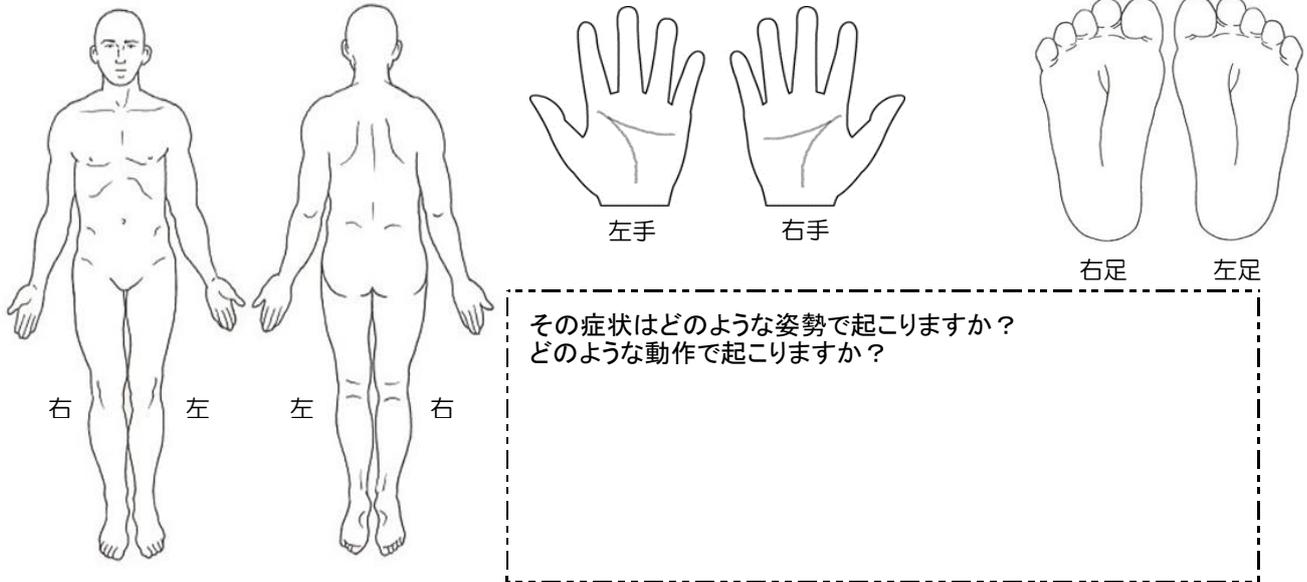
()

* 当院の受診目的は、以下のどれに当てはまりますか？ (☑してください)

検査 手術 セカンドオピニオン その他

* どのような症状がありますか？

症状のある場所を、図に○をつけてどのような症状か(痛み、しびれ、つっぱり感など)書いてください。



* その症状はいつからありますか？ きっかけ(事故、アクシデント)などもあれば教えてください。

* その症状は悪くなってきていますか？改善してきていますか？ (☑してください)

悪化 改善 ほぼ同じ状態で続いている

* その症状について、どこかで治療を受けましたか？
受けた場合、どこで受けましたか？ (☑してください)

治療を受けていない

治療を受けた どこで受けましたか？: _____

* **腰痛の症状がある方のみ**への質問です (☑してください)

※ここでの腰痛とは、腰のベルトをする場所より少し上の真ん中あたりの痛みです。
臀部の痛みは、ここでは腰痛としません。

	はい	いいえ
1.長時間の座位で腰が辛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.長時間の座位のあと、立ち上がる動作で腰痛がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.長時間の座位で、腰痛によりもぞもぞ動く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.今まで何度か激しい腰痛があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.重量物を持ち上げるとき、腰痛がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.洗顔の動作で腰痛がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.前屈したほうが腰痛は強い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いままでの病気、薬、手術などについての問診

* 現在治療中、経過観察中の病気を教えてください。（☑してください）

	なし	あり			
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	治療薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	治療薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			インスリン	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			最近のヘモグロビンA1c値: _____		
喘息(ぜんそく)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	治療薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
脳梗塞、脳出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	治療薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	治療薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
花粉症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	治療薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(病名 :)
肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(病名 :)
腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(病名 :)
その他	病名: _____				
	病名: _____				
	病名: _____				
	病名: _____				

* 女性の方にお尋ねいたします。妊娠している可能性はありますか？（☑してください）

なし あり

* お薬手帳を提出されましたか？（☑してください）

提出した 提出していない

* お薬手帳に書いていない薬があれば教えてください

- ・お薬手帳を提出していない場合は内服・使用しているお薬をすべて記入してください
- ・低用量ピルは手術になる場合休薬が必要ですので必ず記入してください

* 現在は治療を受けていない過去の病気(手術、治療が終わった病気)を教えてください。

* アレルギーはありますか？薬、金属、食品などにアレルギーがあれば教えてください。

その他の問診

*この14日以内に海外に滞在されましたか？（☑してください）

- はい
いいえ

どこの国ですか？すべてご記入ください _____

* 当院をどのようにしてお知りになりましたか？（☑してください）

医師からの紹介 （医師から勧められた 自分から医師に依頼した）

当院で治療を受けた家族や知人に紹介された

家族や知人が調べて教えてくれた

自分でインターネットで調べた

テレビ、雑誌、新聞、本など

（どの番組、新聞、本などですか？ _____ ）

駅、バスなどの広告

（どこの広告ですか？ _____ ）

その他

（ _____ ）

* スマートフォンやインターネットで検索された方にお尋ねいたします。

当院を受診する決め手となったことは何ですか？（☑してください 複数回答で構いません）

手術件数が多い

よくなった患者さんが多い

ホームページの説明がよい

いろいろな治療方法がある

入院が短い

早期に普通の生活に戻れる

術後の痛みが少ない

手術まで待たない

その他

（ _____ ）

※その他

慢性的な症状は整形外科的な原因だけでなく、社会的な要因も含むといわれています。
下記の内容についてお答えください

- 1)泣きたくなったり、泣いたりする事がある
1. いいえ 2. 時々ある 3. ほとんどいつもある
- 2)いつもみじめで気持ちが浮かない
1. いいえ 2. 時々ある 3. ほとんどいつもある
- 3)いつも緊張して、イライラする
1. いいえ 2. 時々ある 3. ほとんどいつもある
- 4)ちょっとした事がしゃくにさわって腹が立つ
1. いいえ 2. 時々ある 3. ほとんどいつもある
- 5)食欲は普通にある
1. いいえ(食欲はない) 2. 時々なくなる 3. 普通
- 6)一日の中で朝が一番気分が良い
1. いいえ 2. 時々そう思う 3. ほとんどいつもそう思う
- 7)なんとなく疲れる
1. いいえ 2. 時々疲れる 3. ほとんどいつも疲れる
- 8)いつもと変わりなく仕事(日常生活)ができる
1. いいえ(やれない) 2. 時々やれなくなる 3. やれる
- 9)睡眠に満足している
1. いいえ(満足できない) 2. 時々満足できなくなる 3. 満足できる
- 10)痛みなどの症状以外で寝つきが悪い
1. いいえ 2. 時々 3. ほとんどいつも