

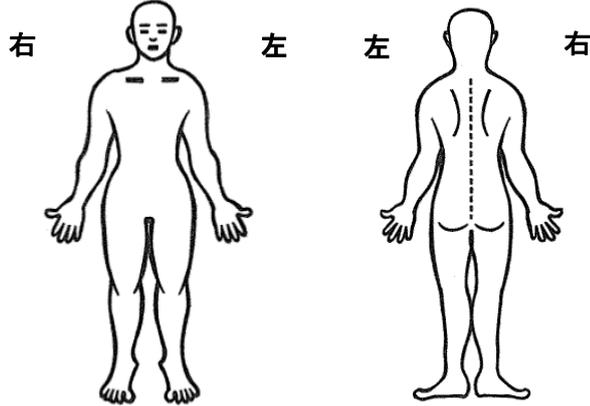
職員記入欄 カルテ番号: \_\_\_\_\_ 年 月 日

\*\*\*\*\*

**基礎問診票**

フリガナ 氏名	男 ・ 女	年齢	身長 歳	体重 cm	職業 kg
------------	-------------	----	---------	----------	----------

どの部位の症状ですか？該当する部位に印をつけてください



- 頸 胸 背中 腰 肩 二の腕 肘 前腕
- 手首 手 指 股 お尻 太もも 膝
- ふくらはぎ 足首 かかと アキレス腱
- 足 足趾 その他 ( )

利き腕はどちらですか？  右利き  左利き  両利き

**1 症状(受傷日)はいつからですか？**

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃から / \_\_\_\_\_歳頃から

**2 どのような症状ですか？**

痛み  しびれ  しこり  はれ  熱感  違和感  その他

**3 どのような時に強い症状がありますか？**

起床時  朝  昼  夕方  晩  就寝中

突然  常に  徐々に  動き始め  歩行時  安静にしているとき  押したとき  決まっていない  その他

**4 思い当たるきっかけや原因はありますか？**

転倒  転落  ひねった  ぶつけた  はさんだ  使いすぎ  生まれつき  不明

スポーツ(種目: \_\_\_\_\_)  その他

**5 今回の症状で、他の医療機関を受診しましたか？**

いいえ  はい 医療機関名( \_\_\_\_\_ ) 医師名( \_\_\_\_\_ ) 紹介状  あり  なし

**6 当院を知ったきっかけをお聞かせください**

インターネットで調べた  パンフレットを見た(どこで: \_\_\_\_\_)  ポスターを見た(どこで: \_\_\_\_\_)

船橋整形外科グループの医師からの紹介  船橋整形外科グループの以外の医師からの紹介

知人からの紹介  その他

**※ 裏面もご記入ください**

**7 ご希望の治療方法はありますか？**

- 多血小板血漿(PRP・APS・PFC-FD) 脂肪組織由来幹細胞(ASC) 衝撃波 個別リハビリテーション  
医師と相談して決めたい

**8 薬・注射・食物のアレルギーはありますか？**

- なし あり( )

**9 現在治療中の病気・今までにかかった病気はありますか？**

- なし  
糖尿病 高血圧 喘息(ぜんそく) 心臓病 腎臓病 肝臓病  
甲状腺 胃かいよう 脳・神経系 呼吸器 血液の病気  
がん 関節リウマチ 骨粗しょう症 その他( )

**10 採血検査で感染症を指摘されたことはありますか？**

- なし  
B型肝炎 C型肝炎 HIV 梅毒 その他( )

**11 現在服薬中の薬はありますか？**

- なし あり→お薬手帳の提示をお願いいたします

**12 手術を受けたことがありますか？**

- いいえ はい(手術名: 時期: 年 月 頃)

**13 麻酔を受けたことがありますか？ また、受けて問題がありましたか？**

- いいえ  
はい(全身麻酔・局所麻酔) 麻酔後に症状が出た方は下記の該当するものにチェックを入れてください  
⇒吐き気 嘔吐 寒気 呼吸困難 高熱 麻酔からの覚めが悪かった その他( )

**14 妊娠していますか、またその可能性はありますか？**

- いいえ はい

**15 授乳中ですか？**

- いいえ はい

**16 喫煙や飲酒の習慣はありますか？**

- 喫煙習慣 なし あり(1日あたり\_\_\_\_本) 飲酒習慣 なし あり(1日あたり\_\_\_\_\_本)