

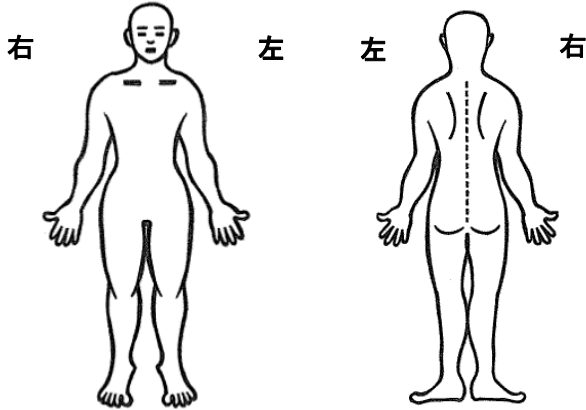
職員記入欄 カルテ番号: \_\_\_\_\_ 年 月 日

\*\*\*\*\*

**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( )

**10 現在治療中の病気はありますか？**

- 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 関節リウマチ  
がん 脳・神経系 呼吸器 血液の病気 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 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 関節リウマチ  
がん 脳・神経系 呼吸器 血液の病気 その他( )

**13 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)

**14 麻酔を受けたことがありますか？**

- いいえ はい(全身麻酔・局所麻酔)

**15 麻酔を受けて問題がありましたか？**

- なし  
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( )

**17 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

**18 授乳中ですか？**

- いいえ はい

**19 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)

**20 当院でのリハビリを希望しますか？**

- はい いいえ 医師の判断 説明を聞いて決めたい