

# 問診表

受診日 年 月 日

渡航歴 あり・なし 保険証をお持ちでない方は『自費』扱いとなります。紹介状をお持ちの方は受付に提出して下さい  
 咳発熱 あり・なし 以下の項目は診察に必要な情報です。情報は診察のみに利用させていただきますのでご理解下さい

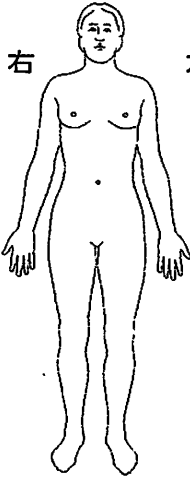
フリガナ				〒	-	
名前	殿	男女	住所	tel ( )		
生年月日	明大 昭平	年 月 日 ( )歳	身長	cm	体重	kg
職業	あり( )	無	学生	学校 年		
緊急連絡先 (本人以外で家族の方)	携帯	会社	その他( )	tel ( )		

今回の症状の要因であてはまるものはありますか？	<input type="checkbox"/> 仕事中に痛めた <input type="checkbox"/> 通勤途中に痛めた <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 学校で <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他( )					
定期的に行っている運動	なし あり( )					
現在、妊娠していますか？(可能性も含む)	はい(妊娠__ヶ月) いいえ					
現在、入院中または施設入所中ですか？	いいえ はい 病院・施設名( )					
アレルギーの有無	無 有(食物 薬剤 その他)					

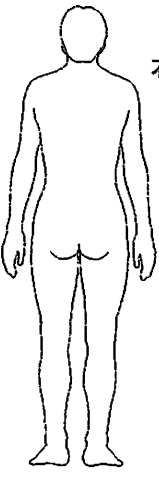
◇症状を教えてください。 複数選択可 ◇症状のある部位を下図に○をつけて下さい  
 痛み しびれ 腫れ 傷 出血あり 他[ ]

◇本日はどうされましたか？  
 考えられる原因がありましたらご記入下さい。

右



左



右

◇ケガや症状が起きた日はいつですか？  
 または、どれくらい前からですか？  
 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 または \_\_\_\_くらい前から

◇今回の症状に対し、他院で治療されていますか？  
 なし  あり

◇現在、治療中の病気あるいは今までにかかった大きな病気やケガ、手術をされたことがあればお聞かせ下さい。

◇現在、内服中のお薬はありますか？  
 なし  あり ⇒ お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい。

◇ 介護保険について  申請していない  申請中  介護認定されている  
 ◇介護認定されている方 (要支援)  1  2 (要介護)  1  2  3  4  5

※PRP療法をご希望の方はお申出下さい。※診療の障害とならないように、なるべく正確に申告して下さい。

# PRPを希望される患者さまへ

該当する箇所に○を付け、記入をお願いいたします。

## 膝の痛み等に関してお伺いします

1. 膝の痛みはどのくらい前からありますか？ また「変形性膝関節症」と診断されていますか？

約\_\_\_\_\_ヶ月前から 約\_\_\_\_\_年前から

( ) 変形性膝関節症と診断されている ( ) 診断はされていない

2. 今まで膝の治療を受けたことがありますか？

( ) ある ( ) ない

3. 2で「ある」と回答された方へ伺います。その治療内容に○を付け期間を教えてください。【複数回答可】

( ) ヒアルロン酸の注射をした \_\_\_\_\_回くらい注射した \_\_\_\_\_年くらい通院加療した

( ) リハビリテーションに通院した \_\_\_\_\_ヶ月 \_\_\_\_\_年くらい通院した

( ) ステロイド注射

( ) 痛み止めの内服治療

( ) 外用薬貼用

( ) ロコアテープの貼用

4. 靴に入れる中敷き（足底板）を作成したことはありますか？

( ) ある ( ) ない

5. 過去に、「人工関節の手術の適応があります」と言われたことがありますか？

( ) ある ( ) ない

6. 本日の受診は、どちらかの医療機関からの紹介ですか？それほどちらの医療機関ですか？

( ) ある 医療機関名： \_\_\_\_\_ ( ) ない

7. 当院のホームページをご覧になりましたか？

( ) はい ( ) いいえ

8. 該当される症状がありますか？【複数回答可】

( ) 膝周囲の皮膚が荒れている

( ) 悪性新生物（がん）等、重篤な合併症がある

( ) 自己免疫疾患の治療中である（ステロイド剤内服中等）

( ) 無し

ご回答ありがとうございました

医療法人KOSSMOS会  
剣持整形外科