

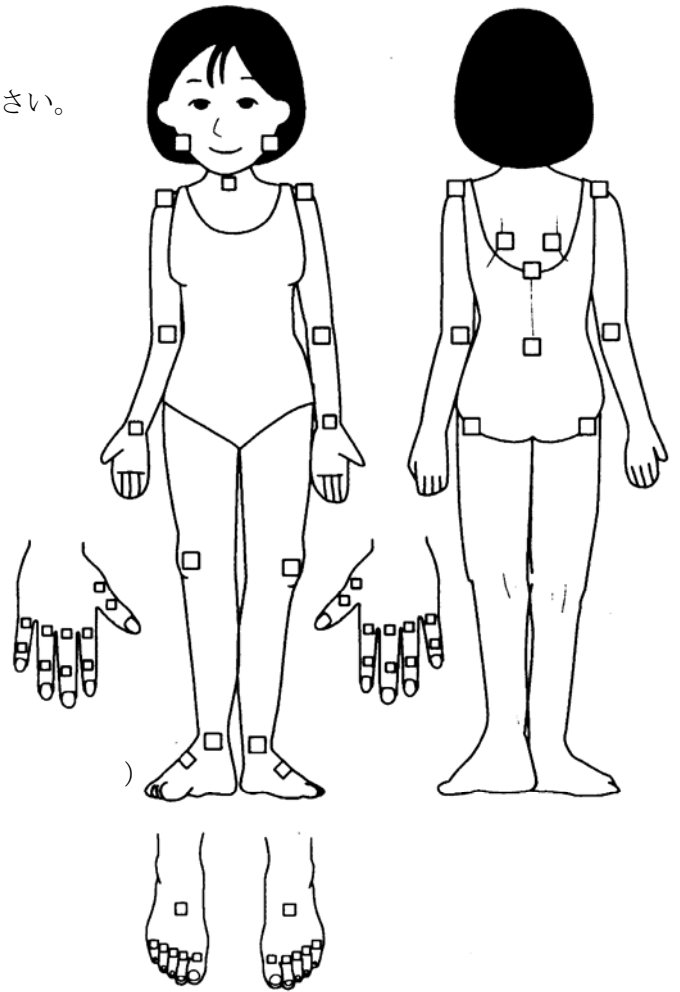
リハビリ科・整形外科 初診問診票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			
氏名	(女・男)		
生年月日	大昭平	年	月 日 (才)
住所	〒	—	府県 市 区
自宅電話番号	()	—	
昼間の連絡先 (自宅以外の場合)	()	—	連絡先名

➤ 今日はどのような症状で受診されましたか。

- どこが痛み(しびれ)ますか?
場所を右のイラストにチェック してください。
- どのくらいの痛み(しびれ)ですか
 ごく軽度 軽度
 中等度 高度
- どんな時に痛み(しびれ)ますか?
 安静にしても痛む(しびれる)
 動かすと痛い(しびれる)
 押すと痛い(しびれる)
 夜間痛い(しびれる)
 その他 ()
- いつ頃から痛み(しびれ)始めましたか?
 _____年 _____月 _____日頃
- 原因に心当たりがありますか?
 ない
 ある(具体的に)
- 痛み止めの薬を飲んでいますか?
 はい
 いいえ
- 痛み・しびれ以外について



➤ その症状について他の医療機関に受診されましたか。

いいえ はい (はいの場合、病院・医院名 _____)

➤ 現在または過去に胃潰瘍か十二指腸潰瘍にかかったことがありますか?

いいえ はい (現在 過去)

➤ 現在、次のような症状はありますか?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 胃が痛い | <input type="checkbox"/> 胃が圧迫されるような感じがする |
| <input type="checkbox"/> 胃(腹部)がはるような感じがする | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 | <input type="checkbox"/> 胸やけ・げっぷ |
| <input type="checkbox"/> 吐血 | <input type="checkbox"/> 下血またはコールタールのような便 |

※ 続けて裏面もご記入ください。

➤ 胃潰瘍、十二指腸潰瘍以外の慢性の病気で現在治療を受けていますか。

いいえ はい (病名_____ 病院・医院名_____)

➤ 過去に大きな病気のために入院や、手術を受けたことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、以下に病名、その年月日などを記入してください)

➤ これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、以下にわかる範囲で記入してください)

薬の名前、種類と副作用の症状 _____

➤ お酒は飲めますか。

いいえ はい (回数と量_____)

➤ タバコは吸いますか。

いいえ はい (1日 _____本、_____年間)

➤ 女性にお尋ねします。

● 現在妊娠中ですか。

いいえ はい (予定日 _____年_____月_____日) 妊娠の可能性がある 不明

● 現在授乳中ですか。

いいえ はい

● 生理はいかがですか。

順調 不順 閉経 (_____才)

➤ すみれ病院を受診された理由に○をつけてください。

1. 近くに住んでいる、または近くに勤めている
2. 家族がすみれ病院にかかっている
3. 知人に薦められた、または評判を耳にした
4. 他の病院・医院から紹介された
5. すみれ病院を紹介している雑誌・本を見た
6. すみれ病院のホームページを見た
7. その他 (具体的に_____)

➤ 最後にもしあなたの病気が、がんであった場合にご自分に病名を知らせてほしいですか。

1. 自分に知らせてほしい
2. 自分には知らせないでほしい
3. 初期のがんで治る見込みのあるときだけ知らせてほしい
4. わからない

ご協力ありがとうございました。