

整形外科・麻酔科 問診票

令和 年 月 日

お名前：

<p>該当する症状にチェックをお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>動きにくい <input type="checkbox"/>腫れている <input type="checkbox"/>捻挫</p> <p><input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>違和感がある <input type="checkbox"/>感覚が鈍い <input type="checkbox"/>力が入らない <input type="checkbox"/>変形</p> <p><input type="checkbox"/>つっぱる <input type="checkbox"/>音がする <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>症状が出ている場所はどこですか？</p> <p>()</p>
<p>症状はいつからですか？</p> <p>()</p>
<p>該当する症状の頻度にチェックをお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/>常時何をしなくても <input type="checkbox"/>日常生活では症状はないが、運動すると症状が出る</p> <p><input type="checkbox"/>安静にしている時 <input type="checkbox"/>圧迫すると <input type="checkbox"/>体重をかけると <input type="checkbox"/>夜間</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>症状が出たきっかけにチェックをお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/>転倒 <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>ひねった <input type="checkbox"/>運動中 <input type="checkbox"/>工作中</p> <p><input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>原因不明 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>交通事故の方は事故発生日時を記入して下さい。</p> <p>令和 年 月 日 時 分頃</p>
<p>今回の症状で他の病院を受診されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい → 紹介状 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>病院名 ()</p>
<p>麻酔で気分を悪くしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>麻酔の経験なし <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
<p>関節の痛みに治療効果が期待できる、再生医療にご興味はございますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>