

## 整形問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 歳 \_\_\_\_\_ 年 月 日

いつから痛みがありますか

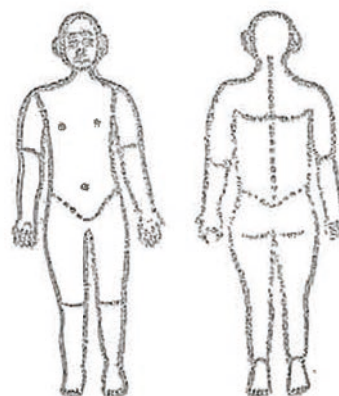
- 1 ( ) 日前から
- 2 ( ) 週間前から
- 3 ( ) ヶ月前から
- 4 それより前( ) 年前から

どのくらい痛みますか

- 1 痛くない
- 2 たまに痛む
- 3 かなり痛む
- 4 すごく痛む

痛みの部位 ( 複数回答可 )

頸 ( 右 ・ 左 )	手 ( 右 ・ 左 )
肩 ( 右 ・ 左 )	肘 ( 右 ・ 左 )
腰 ( 右 ・ 左 )	足 ( 右 ・ 左 )
股関節 ( 右 ・ 左 )	膝 ( 右 ・ 左 )



今までに治療を受けたことがあればご記入ください

- 1 手術 ( ) 年前 ( 当院 ・ 他院 )
- 2 注射治療、ブロック注射
- 3 その他 ( )

今現在内服している薬

(

治療中の病気

(

アレルギー ( + ・ - )

内容 (

妊娠中である ( はい ・ いいえ )

ペースメーカー ( + ・ - )

お困りのことがありましたら自由にご記入ください。