

ID 番号:

# 基本情報

記入日 年 月 日

名前: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 年齢: \_\_\_\_\_ 歳  
職業: \_\_\_\_\_ 仕事内容: \_\_\_\_\_ 利き手: 右 / 左  
学校名: \_\_\_\_\_ 学年: \_\_\_\_\_ 年

① 過去に下記の病気にかかったことや、現在治療中の病気はありますか? はい / いいえ

- ・ 悪性腫瘍 ( )
- ・ 喘息 (治癒 ・ 治療中) (小児喘息 \_\_\_\_\_ 年前まで)
- ・ 薬で蕁麻疹 (薬品名 \_\_\_\_\_)
- ・ 胃潰瘍 (治癒 \_\_\_\_\_ 年前 ・ 治療中)
- ・ 薬以外のアレルギー ( )

② 現在、内科など他の医療機関での通院・治療はされていますか? はい / いいえ

- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 肝臓疾患 ・ 心臓疾患 ・ 脳血管疾患
- ・ コレステロール ・ 緑内障 ・ その他 ( )

③ 感染性疾患 ( 肝炎・結核・血液感染症等 ) はありますか? はい / いいえ

- ・ 肝炎 ( \_\_\_\_\_ 型) ・ 結核 ・ その他 ( )

④ 現在、飲んでいるお薬はありますか? はい / いいえ

(お薬手帳や、薬局での薬の説明書をお持ちであれば提出してください)

- ・ お薬手帳 (有 ・ 無) ・ 薬の名前 ( )

⑤ 今までに手術を受けたことがありますか? はい / いいえ

はいと答えた方は以下の質問にお答え下さい。

疾患名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳  
実施日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

疾患名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳  
実施日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

⑥ 定期的に健康診断を受けていますか? (65歳以上の方) はい / いいえ

受けていない ( \_\_\_\_\_ ) 年以上

⑦ 介護保険の認定を受けていますか? はい / いいえ

認定を受けている方は左記に○印をつけてください。 要支援/要介護 (1・2・3・4・5)

⑧ 現在、授乳中・妊娠中・妊娠の可能性のある方は必ず申し出てください。

妊娠の可能性はありますか? はい / いいえ

- ・ 妊娠中 ( \_\_\_\_\_ 週目) ・ 授乳中 かかっている病院 ( \_\_\_\_\_ )

⑨ 喫煙歴 ある / なし

裏面へ続きます

⑩ 痛みの部位を右の人体図に斜線  を記入してください。

⑪ いつから痛みますか？ 例) 昨日、3日前、1週間前、〇月〇日

[ ]

⑫ 痛みが出た原因について ある / ない / わからない

あると答えた方は具体的な原因を書いてください。

[ ]

⑬ 痛みとともに全身の発熱はありますか？ はい / いいえ

⑭ 夜間、就寝中に安静にしていてもうずいて目覚める事がありますか？

はい ( 毎晩 ・ 時々 ) / いいえ

⑮ どのような動作で痛みが出ますか？

[ ]

⑯ 現在行っているスポーツ、部活はありますか？

している ( 種目 : \_\_\_\_\_ ) / していない

⑰ 運動について

痛みで運動はできない / 痛みはあるが運動している / 普段から運動はしていない

⑱ 痛み(症状)が出てから、当院の診療までに他の医療機関を受診された方はご記入ください。

- ・ 病院名 : ( \_\_\_\_\_ ) 整形外科 / 外科 / その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 初診日 : ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) ・ 最終受診日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )
- ・ 診断名 : ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 検査 : レントゲン / MRI / CT / 血液検査 / その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 飲み薬 : なし / あり 薬の名前 ( \_\_\_\_\_ ) / 不明
- ・ 処置 : 注射 / 電気治療 / 牽引 / マッサージ / 固定 ( ギプス・装具・その他 )  
その他の処置 ( \_\_\_\_\_ )

⑲ ご希望される治療方法があればご記入ください。 お薬 / 注射 / リハビリ / おまかせ

[ ]

