

初診の患者様 問診票 ID _____ お名前 _____

1 : 痛い関節に○を付けて下さい { ・右股関節 ・左股関節 ・右膝関節 ・左膝関節 }
→ 膝関節に痛みがある方にお尋ねします。 レントゲン撮影を希望 (する ・ しない)

2 : いつから痛くなってきましたか { _____ 年前 _____ 歳ぐらいから }

3 : 痛みのある関節について、治療したことがあれば教えてください
・なし ・あり (_____ 年前から _____ 病院/医院にて) 治療内容 (・鎮痛剤 ・リハビリ)

4 : 股関節の手術を受けたことがあればご記入下さい
・なし ・あり
(_____ 年前 _____ 病院にて) (左股・右股) 手術内容 (_____)

5 : 痛みの程度について、当てはまるものに丸を付けて下さい
{ ・夜寝ていても痛い ・じっとしていても痛い ・歩き始めが痛い }
{ ・歩くと (m / 分) ぐらいで痛い ・今はそれほど痛くない }

6 : 困っていることを教えてください
・なし ・あり { ・靴下がはけない ・足の爪が切れない ・足の長さが違う (_____ cm ぐらい) }
{ ・その他 (_____) }

7 : 手術の時期についてご希望があればご記入下さい
{ _____ 年 _____ 月ごろ ・ 今は考えていない ・ 先生と相談してから }

8 : 女性の方へ 妊娠の可能性についてご記入下さい
{ ・全くない ・可能性がある }

9 : 現在治療中、または過去にかかったことがある病気について教えてください
・なし ・あり { ・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・狭心症 ・不整脈 ・心筋梗塞 ・貧血 }
{ ・脳出血 ・脳梗塞 ・胃潰瘍 ・胃炎 ・悪性腫瘍 (具体的に _____) }
{ ・肝不全 ・肝炎 ・腎不全 ・腎炎 ・リウマチ ・甲状腺の病気 }
{ ・その他 (_____) }

10 : 現在飲んでいる薬について (薬の名前が分かれば、その他にご記入下さい)
・なし ・あり ・血圧の薬 ・糖尿病の薬 ・痛み止め ・骨粗鬆症の薬
・血液をサラサラにする薬 ・脳梗塞の薬 ・心筋梗塞の薬 ・胃薬
・その他 (_____)

11：薬、金属、食べ物などのアレルギーはありますか
・なし ・あり（具体的に_____）

12：身長・体重を教えてください { _____ c m / _____ k g }

13：手術時に輸血（自己血等）をすることは可能でしょうか。（ はい・いいえ ）

14：ご家族についておたずねします。家族構成をおしえてください。
{ 一人暮らし ・ 夫、妻と二人暮らし・ その他（ _____ ） }

退院後サポートしてくれる家族は { 親・夫・妻・娘・息子・孫・その他（ _____ ） }

15：介護保険のサービスを受けていますか？

（ 受けている ・ 受けていない ）

→ 介護保険のサービスを受けている方にお尋ねします。

介護度は？（ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ）

16：歯科受診されていますか？

→（ はい ・ いいえ ・ これから受診予定 ）

→ 歯科最終受診日 （ _____ 年 _____ 月ごろ ）

17：ご自宅の環境についてお尋ねします。

→ お手洗い （ 洋式 ・ 和式 ）

→ 寝室 （ 洋式 ・ 和式 ）

→ 食卓 （ 洋式 ・ 和式 ）

18：歩行についてお尋ねします。

{
・歩行可（杖の使用なし）
・杖を使用し500m以上歩行可
・杖を使用し500m以内歩行可
・不可（車椅子を利用）
}

19：早期退院についてお尋ねします。

→（ 希望します ・ 先生と相談 ）

20：日帰り手術（術後24時間退院）を希望しますか。

→（ はい ・ 先生と相談して ・ いいえ ）