

整形・脊椎問診票（初診時）

当科では診察の前に、国際基準に則ったご質問にお答え頂いています。診察に必要な情報ですので、お手数ですが、ご記入の程よろしくお願い致します。

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男・女

国籍 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

まず、患者様の医学的・社会的な背景についてご質問させていただきます。

・過去にかかったことのある病気があれば、○で囲んで下さい。

ない

ある

→ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病
脳出血 ・ 喘息 ・ 結核 ・ その他 [_____]

・現在治療している病気はありますか？

ない

ある

→ 病名 [_____] 内服薬 [_____]

・今までに手術を受けたことはありますか？

ない

ある

→ 手術名 [_____]

・薬のアレルギーはありますか？ あれば、原因となるものを○で囲んで下さい。

ない

ある

→ 解熱剤・鎮痛剤・抗生剤・風邪薬・湿布薬・局所麻酔薬

・お仕事は何をされていますか？

(_____)

主婦（主夫）

肉体労働

デスクワーク

その他

・スポーツは現在何をされていますか？また過去に何をされていましたか？

していない

している

→ 現在 (_____) 過去 (_____)

・お酒は飲みますか？

飲まない

飲む

→ (_____) 回/週 ・ 量 (_____)

・タバコは吸いますか？

吸わない

禁煙した → (_____) 年前から

吸う → (_____) 本/日 (_____) 年間

・女性の方へ、現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性のある方は診察時必ず医師にお申し出下さい。

していない

している可能性がある

している

・治療上必要なため、入れ墨（タトゥー）の有無を確認します。

無

有 (部位: _____)

・転倒の危険性について確認します。（*）

1年以内に転倒したことある

ふらつきがある

車椅子使用

杖使用

・家族構成および同居者の方を教えてください。

- 配偶者 いない いる
- お子様 いない いる ()
- 同居者 一人暮らし いる ()

・ご親族で脊椎や関節の手術を受けた方はいますか？

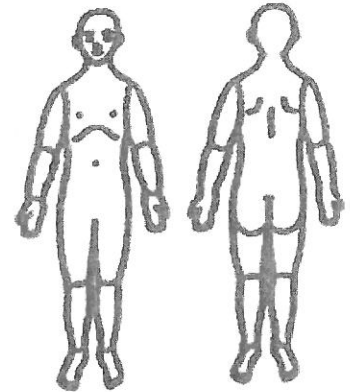
どなたが () 手術部位 ()

今回受診する理由である症状についてご質問させていただきます。

・右側の体の絵をつかって、診察希望の部位を○で囲んで下さい。(*)

・どのような症状がありますか？(*)

- 痛み
- しびれ感
- 歩行困難
- その他 []



・調子が悪くなったのはいつからですか？(*)

西暦 () 年 () 月 () 日頃から

・調子が悪くなった原因として何が考えられますか？(*)

- 特にない 転倒・打撲
- 交通事故 []
- その他 []

・今回のことで他院での治療を受けられましたか？

- 受けていない 受けた
- どちらの病院で、どのような治療を受けられましたか？
- []

***他院からの紹介状・レントゲンなどをお持ちであれば、受付にお渡し下さい。**

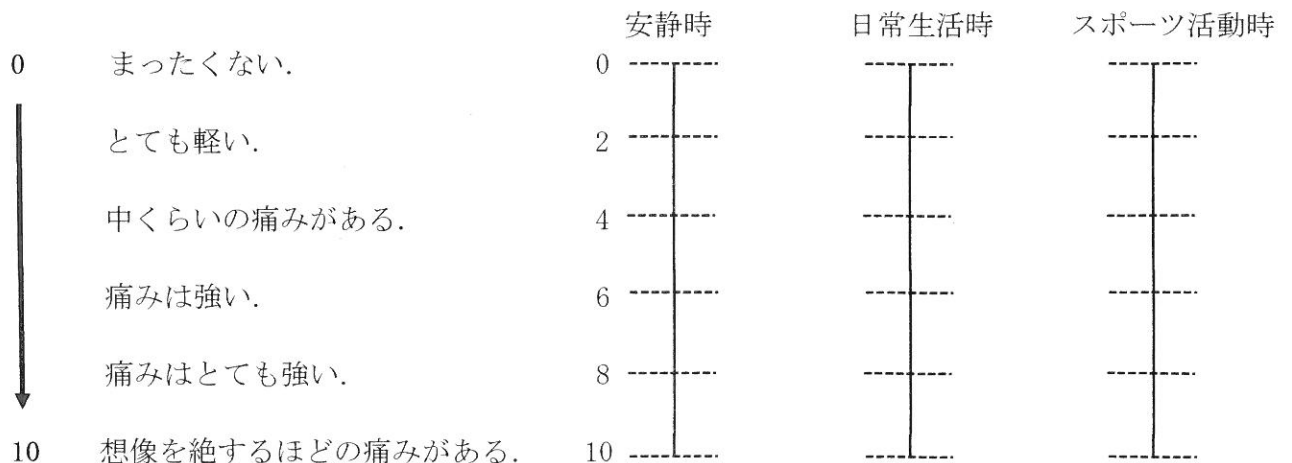
・当院の整形外科は何でお知りになりましたか？

- 当院かかりつけ インターネット テレビ番組
- 知人からの紹介 (知人名:) 様
- 他院からの紹介 (病院名:) その他

・今の痛みの強さはどのくらいですか？線の上に○や✖をつけて下さい。(*)

*2か所以上に痛みの部位がある場合は、下記の例のように、別々に記載して下さい。

例：首の痛み○、腰の痛み△、上肢の痛み✖、下肢の痛み●



・身の回りのこと（洗顔や着替えなど）はどのくらいできますか？

- 0. 痛みなく、普通に身の回りのことができる。
- 1. 身の回りのことは普通にできるが、痛みがでる。
- 2. 身の回りのことはひとりでできるが、痛いので時間がかかる。
- 3. 少し助けが必要だが、身の回りのほとんどのことは、どうにかひとりでできる。
- 4. 身の回りのほとんどのことを、他のひとに助けてもらっている。
- 5. 着替えも洗顔もできず、寝たきりである。

・物を持ち上げることはできますか？

- 0. 痛みなく、重いものを持ち上げることができる。
- 1. 重いものを持ち上げられるが、痛みが出る。
- 2. 床にある重いものは痛くて持ち上げられないが、（テーブルの上などにあり）持ちやすくなっていれば、重いものでも持ち上げられる。
- 3. 重いものは痛くて持ち上げられないが、（テーブルの上などにあり）持ちやすくなっていれば、それほど重くないものは持ち上げられる。
- 4. 軽いものしか持ち上げられない。
- 5. 何も持ち上げられないか、持ち運びもできない。

・歩くことはどの程度できますか？

- 0. いくら歩いても痛くない。
- 1. 痛みのため、1 Km 以上歩けない。
- 2. 痛みのため、500 m 以上歩けない。
- 3. 痛みのため、100 m 以上歩けない。
- 4. つえや松葉杖なしでは歩けない。
- 5. ほとんどとこの中で過ごし、歩けない。

・座ることはどの程度できますか？

- 0. どんないすにでも、好きなだけ座っていられる。
- 1. 座りごこちの良いいすであれば、いつまでも座っていられる。
- 2. 痛みのため、1時間以上は座ってられない。
- 3. 痛みのため、30分以上は座ってられない。
- 4. 痛みのため、10分以上は座ってられない。
- 5. 痛みのため、座ることができない。

・立っていることはどの程度できますか？

- 0. 痛みなく、好きなだけ立っていられる。
- 1. 痛みはあるが、好きなだけ立っていられる。
- 2. 痛みのため、1時間以上は立ってられない。
- 3. 痛みのため、30分以上は立ってられない。
- 4. 痛みのため、10分以上は立ってられない。
- 5. 痛みのため、立ってられない。

・睡眠はとれていますか？

- 0. 痛くて目をさますことはない。
- 1. ときどき、痛くて目をさますことがある。
- 2. 痛みのため、6時間以上はねむれない。
- 3. 痛みのため、4時間以上はねむれない。
- 4. 痛みのため、2時間以上はねむれない。
- 5. 痛みのため、ねむることができない。

・性生活はいつも通りできますか？

*国際基準に則った質問です。お手数ですが、お答えください。該当しない方は無回答で構いません。

- 0. 性生活はいつもどおりで、痛みはない。
- 1. 性生活はいつもどおりだが、痛みがでる。
- 2. 性生活はほぼいつもどおりだが、かなり痛む。
- 3. 性生活は、痛みのためにかなり制限される。
- 4. 性生活は、痛みのためにほとんどない。
- 5. 性生活は、痛みのためにまったくない。

・社会生活（仕事以外での付き合い）ほどの程度できますか？

- 0. 社会生活はふつうで、痛みはない。
- 1. 社会生活はふつうだが、痛みが増す。
- 2. スポーツなどのように、体を動かすようなものを除けば、社会生活に大きな影響はない。
- 3. 痛みのため社会生活は制限され、あまり外出しない。
- 4. 痛みのため、社会生活は家の中だけに限られる。
- 5. 痛みのため社会生活はない。

・乗り物での移動はできますか？

- 0. 痛みなくどこへでも行ける。
- 1. どこへでも行けるが、痛みが出る。
- 2. 痛みはあるが、2時間程度なら乗り物に乗ってられる。
- 3. 痛みのため、1時間以上は乗ってられない。
- 4. 痛みのため、30分以上は乗ってられない。
- 5. 痛みのため、病院へ行くとき以外は乗り物には乗らない。

次に、痛みに影響する精神的な状態についてご質問させていただきます。

・泣きなくなったり、泣いたりすることがありますか？

- いいえ
- ときどき
- ほとんどいつも

・いつもみじめで気持ちが浮かないですか？

- いいえ
- ときどき
- ほとんどいつも

・いつも緊張して、イライラしていますか？

- いいえ
- ときどき
- ほとんどいつも

・ちょっとしたことが癢（しゃく）にさわって腹が立ちますか？

- いいえ
- ときどき
- ほとんどいつも

・食欲はふつうですか？

- いいえ
- ときどきなくなる
- ふつう

・1日のなかでは、朝方がいちばん気分がよいですか？

- いいえ
- ときどき
- ほとんどいつも

・なんとなく疲れますか？

- いいえ
- ときどき
- ほとんどいつも

・いつもとかわりなく仕事ができますか？

- いいえ
- ときどきやれなくなる
- やれる

・睡眠に満足できますか？

- いいえ
- ときどき満足できない
- 満足できる

・痛み以外の理由で寝つきが悪いですか？

- いいえ
- ときどき寝つきが悪い
- ほとんどいつも

本人もしくはご家族の緊急連絡先を教えてください。

TEL:

FAX:

E-mail address :

たくさんの質問へのご回答お疲れ様でした。これらの情報をもとに、診察させていただきます。