

# 関節外科問診 【初診用】

職員記入欄

紹介状 あり・なし  
ROM あり・なし  
問診入力 済・未  
服装確認 済・未

ふりがな  
氏名：  
性別：M・F  
生年月日：西暦 年 月 日 歳

1. どちら側の膝に症状が出ていますか？

両膝 右膝 左膝

2. 最近の身長・体重を教えてください

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

3. 現在定期的に通院している病気・病院名を教えてください

	病名	病院名
①		
②		
③		

4. 膝のどの場所が痛みますか？

右膝 年 月 前より痛む

内側 外側

前方 後方

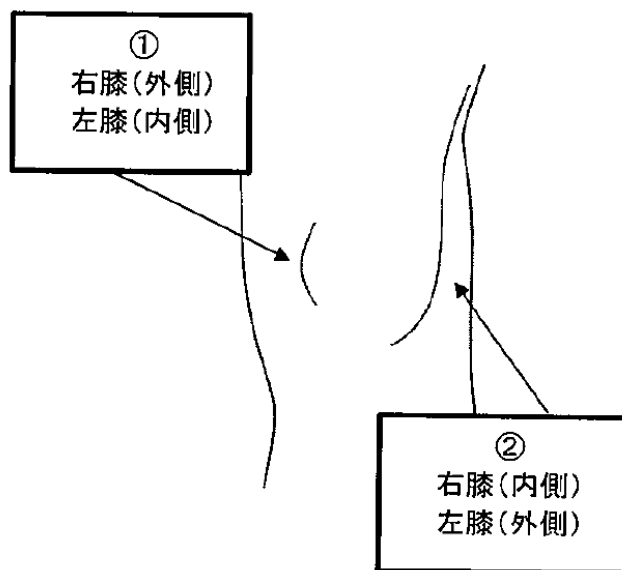
右図① 右図②

左膝 年 月 前より痛む

内側 外側

前方 後方

右図① 右図②



5. 現在の膝の症状にあてはまるものすべて記入してください（複数回答可）

- 立ち上がるときに痛みがでる
- 階段を昇ったり降りたりする時に痛みがでる
  - 特に昇る時に痛む
  - 特に降りる時に痛む
- 歩いている時に痛みがでる
- しゃがむ時に痛みがでる
- 膝が伸びない
- 膝が曲げにくい
- 歩いていたるときに膝が引っかかる
- 安静時に痛みがでる
- 寝るときに痛みがでる
- 膝がぐらぐらする

6. 正座はできますか？ できる できない

7. いままでにかかったことのある病気をすべて教えてください(複数回答可)

- 狭心症 心筋梗塞 不整脈 血栓
- 上記以外の心疾患（ ）
- 脳梗塞 脳出血 脳動脈瘤
- その他の脳疾患（ ）
- 糖尿病 高血圧 高脂血症
- 痛風 関節リウマチ
- 肝臓疾患（ ）
- 腎臓疾患（ ）
- アトピー性皮膚炎 喘息 花粉症
- 脊椎疾患（ ）
- アレルギー（ ）



12. アルコールは飲みますか？

はい                      いいえ

はいと答えた方は下記も記入してください

ビール                      本                      ウイスキー                      杯  
焼酎                      本                      ワイン                      杯

13. スポーツはしますか？

はい                      いいえ

はいと答えた方は下記も記入してください

過去 [ ]

現在 [ ]

問診はこちらで終了となります。

ご自宅で印刷できる場合は、事前に記載していただき、当日初診受付までお持ちください。また、事前に郵送いただきますと、初診日までに問診票の登録を済ませておくことが可能です。

受診当日は必ずお薬手帳又はお薬の説明書をお持ちください。

受診時の服装は、必ず膝までまくれるズボンでお越してください。

**初診問診郵送受付**

問診票の事前郵送を希望される方は下記担当までお送りください。

郵便は到着まで数日かかります。受診予定日の1週間前までには到着するようにお願いします。原本は、当日持参となるため郵送時はコピーをお送りください。

〒郵送先住所〒

〒230-0062 神奈川県横浜市鶴見区豊岡町 21-1  
横浜石心会病院 関節外科クラーク 初診問診係 宛