

# 初めて名古屋整形外科・人工関節クリニックを受診される方へ

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日：明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

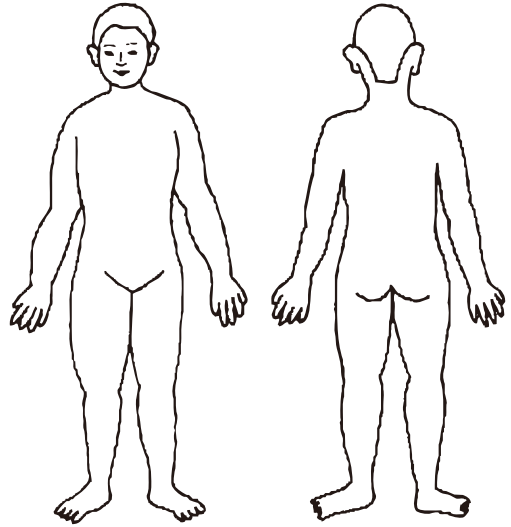
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血液型 \_\_\_\_\_

① どこが悪くて来られましたか？

(1) 右の絵に○をつけて下さい。

(2) 症状は？

- ・痛み
- ・しびれ
- ・その他 \_\_\_\_\_



② いつ頃から悪くなりましたか？

昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃

③ 思い当たる原因がありますか？

- ・いいえ
- ・はい (・交通事故・工作中・その他 \_\_\_\_\_)

④ 今回、他の病院で診察を受けましたか？

- ・いいえ
- ・はい 病院名 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

⑤ アレルギー体質といわれたり、飲んではいけない薬がありますか？

- ・ない
- ・ある 薬の名前 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ アレルギー

⑥ 今までに病気をしたり、手術を受けたことがありますか？

- ・心臓病 \_\_\_\_\_
- ・脳梗塞・脳出血 \_\_\_\_\_
- ・糖尿病 \_\_\_\_\_
- ・高血圧 \_\_\_\_\_
- ・肝臓病 \_\_\_\_\_
- ・腎臓病 \_\_\_\_\_
- ・その他 \_\_\_\_\_

⑦ 現在、他の医療施設を受診していますか？ ・はい ・いいえ

\_\_\_\_\_ 科, どんな病気で: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 科, どんな病気で: \_\_\_\_\_

⑧ お酒やタバコを飲みますか？

- ・酒 \_\_\_\_\_ 合/日
- ・ビール \_\_\_\_\_ 本/日
- ・ウイスキー \_\_\_\_\_ /日
- ・タバコ \_\_\_\_\_ 本/日
- ・その他 \_\_\_\_\_

⑨ 女性の方へ

- (1) 今回の症状が生理と関係ありますか？ ・ある ・ない
- (2) 現在、妊娠中ですか？ ・はい ・可能性あり ・いいえ

⑩ 以前に当院を受診したことがありますか？

- ・ない
- ・ある 平成 \_\_\_\_\_ 年 (診察券をお持ちの方は提出してください)

⑪ 人工関節手術を検討するための受診ですか？

- ・はい
- ・いいえ