

診察を受けられる前に両面ご記入下さい

Knee

氏名: _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① a. 今日は、どのような症状で来院されましたか。

(_____)

b. その症状はいつ頃からですか？

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

c. 症状(痛み・しびれなど)について図に記入してください。

痛み: ○印、しびれ: ///

d. 思い当たる原因がありますか？

・いいえ

・はい(交通事故・仕事中・その他 _____)

② 今回、他の病院で診察を受けられましたか？

・いいえ

・はい 病院名 _____ 病名 _____

③ 職業についてご記入下さい (○印をお願いします)

a. 社会人 仕事(ある・なし)

姿勢(立つ・中腰・坐位)(手作業・重労働)

b. 学生(スポーツ ある・なし)

スポーツ内容 _____

頻度 1週間に _____ 日間

④ 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

歯科で痛み止めの注射後に、気持ち悪くなったことがありますか？

・ない ・ある ・打った事がない

⑤ 今までに次の病気にかかったことはありますか？

・ない ・ある(ある場合には○印をお願いします)

・高血圧 ・高脂血症 ・心臓病 ・糖尿病 ・脳梗塞

・リウマチ ・喘息 ・肝臓病 ・腎臓病 ・痛風

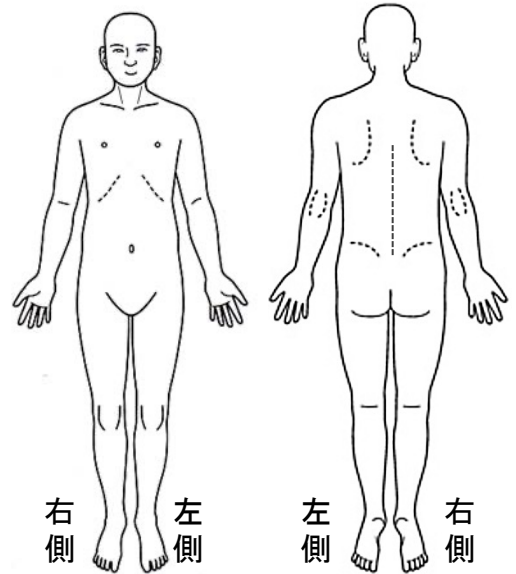
・その他 _____

⑥ 家族の方で次の病気にかかったことがありますか？

・ない ・ある(○印をお願いします)

・糖尿病 ・喘息 ・結核 ・ガン(悪性腫瘍)

・変形性関節症(股・膝)



⑦ 現在、治療中の病気(ケガ)がありますか？

・いいえ ・はい

_____ 科、 どのような病気で:

_____ 科、 どのような病気で:

服薬中の薬はありますか？ ・いいえ ・はい

どのような薬ですか。 内容

⑧ 今までに入院したり、手術を受けたことはありますか？

・ない ・ある

それはいつ頃で、どのような内容ですか？

⑨ お酒やタバコを飲みますか？

・ない

・ある ・タバコ _____ 本/日 ・酒 _____ 合/日

・ビール _____ 本/日

⑩ 女性の方へ

a. 現在の症状が生理と関係ありますか？ ・ある ・ない

b. 現在妊娠中ですか？ ・はい ・可能性あり ・いいえ

c. 閉経されている場合 閉経(_____ 才頃)

⑪ 以前に当院を受診したことがありますか？

・ない ・ある

⑫ 人工関節手術を検討するための受診ですか？

・はい ・いいえ

裏面も記入をお願いします。



ひざの専門的な治療のために、ご記入をお願いします。

当てはまるものに○印をつけてください。

① 安静時(寝ている時)に膝の痛みはありますか？

- ない
- ある (軽度・中等度・激痛)
※右図に痛みのある部位に×印をつけてください

② 歩行時に痛みはありますか？

- ない
- ある (軽度・中等度・激痛)
※右図に痛みのある部位に×印をつけてください

③ 膝をまっすぐ伸ばした時に痛みはありますか？

- ない
- ある (軽度・中等度・激痛)

④ ジャンプして着地する時に痛みはありますか？

- ない
- ある (軽度・中等度・激痛)
- ジャンプできない

⑤ しゃがみこみ動作や膝を捻った時に痛みやひっかかりがありますか？

- ひっかかりなし、痛みなし
- ひっかかりのみあり
- 痛みのみあり
- ひっかかり、痛みともにあり

⑥ 休まずに連続して歩ける距離はどれくらいですか？

- 1Km以上歩行可能
- 500m以上 1km未満
- 100m以上 500m未満
- 室内のみ、
- 歩行不能

⑦ 歩く時に杖を使いますか？

- 長時間歩くときなど、時々使う
- 常に使う
- 全く使わない

⑧ 次のような姿勢・動作で出来ないものを教えてください。

- 正座
- 横すわり(女ずわり)
- あぐら
- 自転車

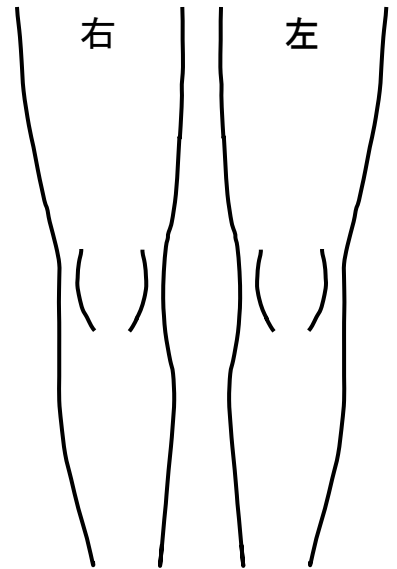
⑨ 階段の上り下りについて当てはまるものに○印をつけてください。

- 全く不自由なし(手すり不用)
- 手すりを使い普通に上り下りできる
- 手すりを使い一段一段で、やや不自由(一段上る時に両足階段を乗せてゆっくり)
- 階段はのぼれない

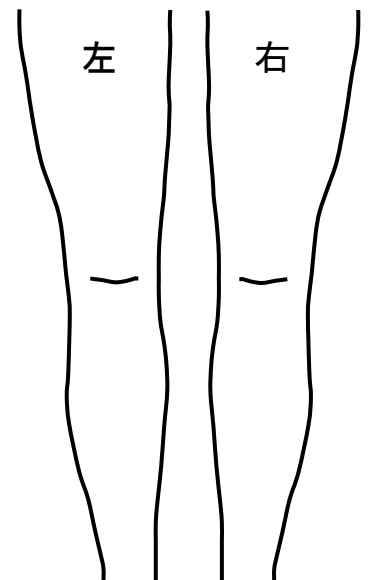
⑩ 坂道や捻り動作で膝の不安感がありますか？

- (膝がずれる感じや外れる感じ)
- なし
- 時々あり
- 常にあり

おもて



うら



お疲れ様でした。
診察までもうしばらくお待ち下さい。