KEIYU HOSPITAL

DATE / / /

Orthopedics Questionnaire

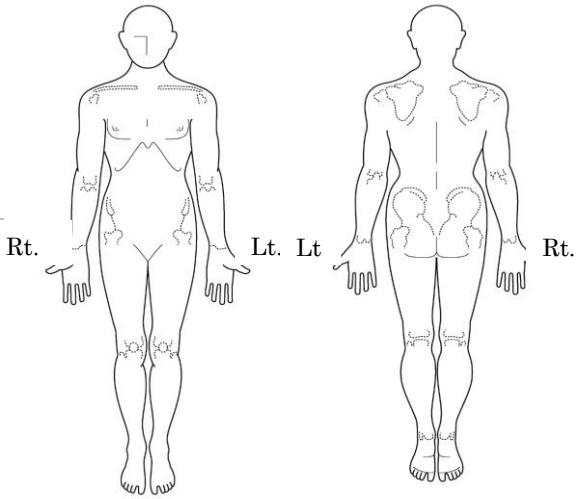
（整形外科問診票）

Name Age ID

☐male／☐Female Height cm ／Weight kg／Body Temperature ℃

■Circle the area which you feel the most pain.

（今一番痛む所を丸で囲って下さい）



■When did these symptoms start?

（症状はいつから始まりましたか）

_____

■Describe your symptoms:

(どのような症状ですか)

☐Painful（痛い） ☐Movement is awkward（動きが悪い）

☐Heavy（重い） ☐Makes a noise（音がする）

☐Numb（しびれる） ☐Swollen（はれている）

☐Easily tire (疲れやすい) ☐Abnormal shape（形がおかしい）

☐Weak (力が入らない) ☐Stiff (つっぱる)

☐Others（その他）_____

■How did this happen? （原因はありますか）

☐Car accident（自動車事故） ☐Work injury（仕事上）

☐Others（その他）_____

■Has this happened to you before?

（以前にもなったことはありますか）

☐No ☐Yes,_____times

■For the symptom(s) that you are experiencing now, have you visited any other clinic or hospital？（現在かかっている病気で、他の病院を受診しましたか）

☐No ☐Yes From____/____/____/ Clinic or Hospital name_____

■Do you have any medical referrals?（紹介状はお持ちですか） ☐No ☐Yes

■Is there anyone in your family with the same symptoms or illness?

（家族に同じような病気はありますか？）

☐No ☐Yes,_____

■What type of sports do you play or have played in the past?

（どのようなスポーツをしていますか（していましたか））

I play _____

Continues to the back

■Have you had any major illness, surgery, injury or been hospitalized?
（これまでに病気、手術、外傷、または入院の経験はありますか）

☐No ☐Yes：illness _____

When _____

■Do you have any allergies?（アレルギーは何かありますか）

☐No・☐Yes, to_____

■Are you currently taking any medication?（現在何か薬を飲まれていますか）

☐No ☐Yes（name of medicine：_____）

■Do you smoke?（喫煙しますか）

☐No ☐Yes ☐Used to smoke

（Amount per day:_____、For how long?_____）

■Do you drink any alcohol? ☐No ☐Yes ☐Used to drink
（お酒は飲みますか）

（Type of alcohol：_____, Amount: _____）

☐Daily（毎日） ☐Occasionally（時々） ☐Few times a month（月に 2、3 回）

■For female patients（女性の方へ）

Are you pregnant at the moment?（現在妊娠していますか） ☐No ☐Yes ☐Not sure

■If this is a routine checkup for your child, complete the following:
（乳児健診の場合、下記にご記入ください）

a) This child is from your_____pregnancy, and is your_____child.
（子供は__回目のお産で、第__子です）

b) Were there any complications during your pregnancy?
（妊娠中に異常はありましたか）
☐No ☐Yes, specifically_____

c) Your delivery was: 1. Normal 2. Abnormal (Breech, still birth, other complications)
（お産は１．正常、 ２．異常（逆子、仮死、その他））

d) Birth weight（出生時体重） _____g