

Orthopedics Questionnaire/整形外科 問診票

Name of patient /患者氏名			For staff only /医療機関記入欄	BT=	℃
Date of birth /生年月日（西暦）	Year/年 (	Month/月 Years old/歳)		Day/日	PR=
Height/Weight/身長・体重	cm kg		Sex/性別	BP=	mmHg
Allergies /アレルギーの有無	☐ Food(s)/食べ物: ☐ Medicine/薬:			RR=	/分
				SPO2=	%
				☐ Male/男性	☐ Female/女性

What is the problem today? (Check all that apply.)

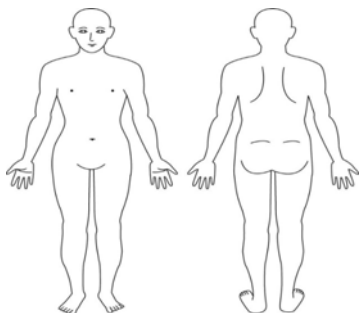
/今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）

- ☐ Swelling/腫脹 ☐ Pain/痛み ☐ Fever/発熱 ☐ Numbness/しびれ ☐ Sprain/ねんざ ☐ Difficulty bending joints /関節が曲げられない
☐ Injury/けが ☐ Stiff neck and shoulders/肩こり ☐ Dislocation/脱臼 ☐ Difficulty moving hands and feet /手足が動きにくい
☐ I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関（健診施設含む）で受診を勧められた
☐ Other(s)/その他：

Describe your symptoms.

/症状についてご質問します。

Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



When does the symptom occur?
/症状はどのようなときに現れますか。

- ☐ Morning/朝 ☐ Daytime/昼 ☐ Evening/夕方 ☐ While in bed/就寝中
☐ When waking up/起床 ☐ Irregular /不定期 ☐ Other(s) /その他

What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

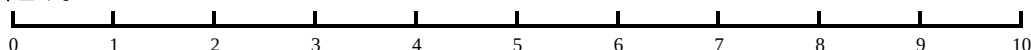
- ☐ Constant/絶え間なく、続いている
☐ The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている
☐ The symptom is gradually worsening/徐々にひどくなってきている
☐ Other(s)/その他

If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.

/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか？下の数字のところに○を付けてください。

Not at all/全くない

Most severe/最も激しい



When did the symptom start?

/この症状はいつからありますか。

_____ Year/年 _____ Month/月 _____ Day/日 From about _____ : _____ am/pm
 午前・午後 時 分ごろから

Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでいる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- ☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

*Show us your medication or a medicine pocketbook.

/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名（下記リスト番号可）		Treatment progress /治療経過		Hospital name /医療機関名
		☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	
		☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	
		☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	
		☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	

<List of diseases/疾患リスト>

System of disease /疾患の系統		Disease names /疾患名				
①	Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Hepatitis/肝炎	c. Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Others/その他	
②	Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧	b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Arrhythmia/不整脈	d. Heart failure/心不全	e. Others/その他
③	Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息	b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Pneumonia /肺炎	d. Pulmonary tuberculosis /肺結核	e. Others/その他
④	Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Urinary tract infection /尿路感染症	d. Others/その他	
⑤	Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction /脳梗塞	b. Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Epilepsy/てんかん	d. Others/その他	
⑥	Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /糖尿病	b. Hyperlipidemia /高脂血症	c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Hyperuricemia /高尿酸血症	e. Others/その他
⑦	Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア	e. Gout/痛風
		f. Others/その他				
⑧	Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Dysmenorrhea /月経困難症	c. Infertility/不妊症	d. Others/その他	
⑨	Eye disease /眼の疾患	a. Cataract/白内障	b. Glaucoma/緑内障	c. Retinopathy/網膜症	d. Others/その他	
⑩	Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん	b. Colon cancer/大腸がん	c. Liver/gallbladder /pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. Breast cancer/乳がん	e. Uterine cancer/子宮がん
		f. Lung cancer/肺癌	g. Others/その他			
⑪	Mental disease /精神の疾患	a. Depression/うつ病	b. Schizophrenia /統合失調症	c. Others/その他		
⑫	ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing /難聴	b. Dizziness/めまい	c. Ear noise/耳鳴	d. Pollen allergy/花粉症	e. Others/その他
⑬	Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/貧血	b. Leukemia/白血病	c. Others/その他		
⑭	Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Tinea (athlete's foot) /白癬症（水虫）	c. Others/その他		

Have you ever had surgery?**/今までに手術をしたことがありますか。**☐ No/いいえ ☐ Yes/はい**If you checked "Yes", write the history of your surgery.****/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。**

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.**/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。****Do you smoke regularly?****/習慣的に、たばこを吸いますか？**☐ No/いいえ ☐ Yes/はい ☐ Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年_____Month/月	_____Year/年

If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.*/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。****Do you drink regularly?****/習慣的にお酒を飲みますか？**☐ No/いいえ ☐ Yes/はい ☐ Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

☐ Beer/ビール	_____/Day/日	☐ Whiskey/ウイスキー	_____/Day/日
☐ Japanese Sake/日本酒	_____/Day/日	☐ Wine/ワイン	_____/Day/日
☐ Other(s)/その他	_____/Day/日		

If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?**/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか？**☐ No/いいえ ☐ Yes/はい ☐ Do not know/わからない**Are you breastfeeding?****/現在、授乳中ですか？**☐ No/いいえ ☐ Yes/はい**If you have a special request concerning the consultation, check the box.****/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。**☐ I want to be informed of my estimated medical expenses in advance./あらかじめ、医療費の概算を教えてください。☐ I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。☐ Other(s)/その他：