

受診日 年 月 日

ID: 初診問診票 生年月日 年 月 日

氏名 住所 〒

TEL(自宅) (携帯) 職業

身長 cm 体重 kg

♪当院をお知りになったきっかけを教えてください。

- 当院のホームページ インターネット広告 その他ウェブサイト ()
- SNS・ブログ 交通広告 (バス、電車、駅など) 建物看板 チラシ
- 家族・友人・知人の紹介 医療機関からのご紹介 (医療機関名:)
- タウンニュース 地方自治体の広報誌 ティッシュ
- テレビ 新聞 ラジオ セミナー 当院ドクターの書籍
- その他 (具体的にお教えてください:)

1. 乳幼児期・小児期に股関節の治療を受けられたことはありますか？

1. ない ・ ある 歳頃 病名:

病院名:

2. ご親族に股関節の悪い方はいらっしゃいますか？

1. いない ・ いる (続柄:)

3. 現在、どちら側の股関節が痛いですか？

1. 右 ・ 左 ・ 両方 (両方の方はより痛みの強い方は? 右 ・ 左)

4. 何歳くらいから痛くなりましたか？

1. 右→ 歳くらいから 病院名: / 年 月頃受診

2. 左→ 歳くらいから 病院名: / 年 月頃受診

5. 歩くときに杖または、車椅子での移動をしていますか？

1. いいえ ・ はい 『はい』とお答えの方

1. 1本杖・2本杖・フストランド杖・四点杖・車椅子・歩行器

6. ステロイドによる治療を受けたことはありますか？

1. いいえ ・ はい 歳頃 病名:

病院名:

7. アルコールは飲みますか？

1. 飲まない ・ 飲む アルコールの種類:

量: 頻度: 回/ 週

8. 喫煙歴

1. 吸わない ・ 吸う (1日 本 ・ 歳から)

2. 同居する家族の中にタバコを吸う人はいますか? いる ・ いない

9. アレルギーはありますか？

1. ない ・ ある 『ある』とお答えの方 食べ物:

お薬:

その他:

10. 股関節に注射をしたことはありますか？

1. ない ・ ある 病院名:

