

受診日 年 月 日

ID: 初診問診票 生年月日 年 月 日

氏名 しめい 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:)

- 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？
 - ない・ある 歳頃 病名:
病院名:
- ご親族に股関節の悪い方はいらっしゃいますか？
 - いない・いる (続柄:)
- 現在、どちら側の股関節が痛いですか？
 - 右・左・両方(両方の方はより痛みの強い方は? 右・左)
- 何歳くらいから痛くなりましたか？
 - 右→ 歳くらいから 病院名: / 年 月頃受診
 - 左→ 歳くらいから 病院名: / 年 月頃受診
- 歩くときに杖または、車椅子での移動をしていますか？
 - いいえ・はい 『はい』とお答えの方
 - 1本杖・2本杖・ロフトランド杖・四点杖・車椅子・歩行器
- ステロイドによる治療を受けたことはありますか？
 - いいえ・はい 歳頃 病名:
病院名:
- アルコールは飲みますか？
 - 飲まない・飲む アルコールの種類:
量: 頻度: 回/週
- 喫煙歴
 - 吸わない・吸う(1日 本・歳から)
 - 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
- アレルギーはありますか？
 - ない・ある 『ある』とお答えの方 食べ物:
お薬:
その他:
- 股関節に注射をしたことはありますか？
 - ない・ある 病院名:

2枚目もご記入をお願いします

