

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 都・道
府・県 _____

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？

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？

いない ・ いる (続柄:)

3. 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)

4. 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

5. 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

6. 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:

7. 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

8. 股関節に注射をしたことはありますか？

ない ・ ある 病院名:

9. 股関節以外にご病気はございますか？(ペースメーカー等)

ない ・ ある

年齢	病名	治療内容	病院名

