

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:)

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・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？

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:

2枚目もご記入お願いします

11. 股関節以外に今までにかかったことのあるご病気はございますか？ ない ・ ある

年齢	病名	治療内容	病院名

12. 現在服用中のお薬はありますか？ → ない ・ ある

お薬の名前：

13. 痛みについて当てはまるものにどれか1つ○をつけて下さい。

- ___ 股関節に対する痛みなど全く無い。
 ___ 違和感・疲労感はあるが痛みはない。
 ___ 歩行中の痛みはないが、歩行開始時あるいは長距離歩行時に痛みを伴うことがある
 ___ 自発痛（安静時痛）はない。歩行時のみ痛みはあるが短時間の休息で消退する。
 ___ 自発痛（安静時痛）は時々ある。歩行時の痛みはあるが休息により軽快する。
 ___ 持続的に自発痛（安静時痛）または夜間痛がある。

14. どのくらい歩けますか？あてはまるものどれか一つ○をつけてください。

- ___ 長距離歩行・速歩が可能。歩容（歩く姿）は正常。
 ___ 長距離歩行・速歩は可能だが、軽度の跛行（びっこ）を伴うことがある。
 ___ 杖なしで、約30分または2km歩行可能である。跛行があるが日常の屋外活動にほとんど支障がない。
 ___ 杖なしで、10～15分程度、あるいは約500m歩行可能である。
 それ以上の場合、杖が必要である。跛行がある。
 ___ 屋内活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では杖2本を必要とする。
 ___ ほとんど歩行不可能。

15. 日常生活動作について、**それぞれ**当てはまるものを教えて下さい。

- | | |
|----------------|--------------|
| A 腰掛 | 容易 / 困難 / 不能 |
| B 立ち仕事（家事を含む） | 容易 / 困難 / 不能 |
| C しゃがみこみ・立ち上がり | 容易 / 困難 / 不能 |
| D 階段昇降 | 容易 / 困難 / 不能 |
| E 車・バス等の乗り降り | 容易 / 困難 / 不能 |

16. 当クリニックでは、ご案内を電話やメールで行っております。

その際にご連絡可能なメールアドレスをご記入下さい。

【 @ 】

17. 介護保険利用 無 ・ 有（ 要介護 1・2・3・4・5 ）

18. 現在、他院リハビリ通院をしていますか？ している ・ していない