

NO.	Orthopedics Questionnaire/整形外科 問診票		Please circle if any of the following apply to you. Pregnant 妊娠中・Breast-feeding 授乳中	
Name of Patient 名前	<input type="checkbox"/> Male/男性 <input type="checkbox"/> Female/女性	Age 年齢	years old 才	Date of Birth 生年月日 Year/年 Month/月 Day/日
Occupation職業: Operation作業・Office work事務・Unemployed無職・Student学生・Others他()				

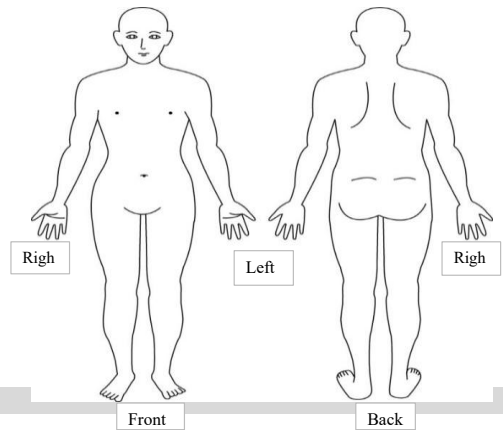
Body Temperature/ 体温: _____ °C Height/身長 _____ cm Weight/体重: _____ kg

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。

What is the reason(s) for visiting ORTHOPEDICS today? (Check all that apply.)
/本日、整形外科にかかりたい理由は何ですか。

- Swelling/むくみ
- Pain/痛み
- Fever/発熱
- Numbness/しびれ
- Non sensation/感覚がない
- 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.
/他の医療機関から受診するように勧められた(健診含む)
- Other(s) /その他:

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



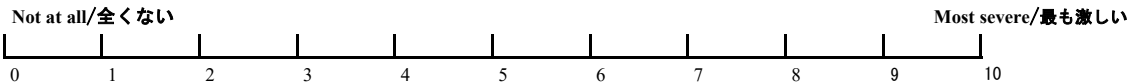
When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。

_____ Year/年 _____ Month/月 _____ Day/日 From about _____ : _____ am/pm /ごろから

Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか?

- No/いいえ
- Yes/はい

If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/痛みの程度を数字で表すと、どのぐらいですか?



- Types of pain**
どんな
- Throbbingズキズキ
 - Dull ズーン
 - Heavy重たい
 - stingピリピリ
 - Pricking チクチク
 - Shooting電気が走る
 - Otherその他()

- Frequency**
いつ
- Alwaysいつも
 - When you move動くと
 - When you touch触ると
 - Sometimes時々
 - Unable to sleep due to pain.痛みで眠れない
 - Otherその他()

Does the pain disturb your daily life?/ 日常生活に支障が No/ない Yes/ある

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?

- Noneなし
- Myocardial infarction心筋梗塞
- Angina pectoris狭心症
- Arrhythmia不整脈
- Hypertension高血圧
- Diabetes mellitus糖尿病
- Asthma喘息
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease慢性閉塞性肺疾患
- Gastric duodenal ulcer胃十二指腸潰瘍
- Brain infarction脳梗塞
- Dyslipidemia脂質異常
- Prostatic hypertrophy前立腺肥大
- Cancer癌 ()
- Glaucoma緑内障
- Liver disease肝臓疾患()
- Kidney disease腎臓疾患 ()
- Otherその他()

Continued on Next Page

Have you ever had surgery before?/手術歴はありますか?

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

お薬

Are you currently on any medication? /現在、飲んでいる薬はありますか?

No/いいえ Yes/はい ***If you answer "YES", 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	What is your condition for prescribing? /処方理由・症状	*For staff 必要時職員用備考欄
①		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
②		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
③		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
④		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑤		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑥		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	

アレルギー

Allergies /アレルギーの有無

No/ない Yes/ある Food(s)/食べ物: Medicine/薬: Others/その他: ()
Allergic Reactions/ 症状 ()

ペースメーカー

Do you have an implanted pacemaker? /ペースメーカーを埋め込んでいますか?

No無 Yes有 IF yes, do you have a pacemaker handbook/ ID card? No無 Yes有 at home 自宅にある
ある場合は、ペースメーカー手帳またはID cardをお持ちですか?

たばこ

Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

No/いいえ Quit/やめた Yes/吸っている (cigarettes/day日 × years年間)

お酒

Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。 Please circle if any of the following apply to you.

No/いいえ Yes/はい (Beer/ビール Japanese sake/日本酒 Wine/ワイン Whisky/ウイスキー Other(s)/その他

*drink everyday/毎日飲む *drink times回/week週 ml/time回

宗教

Do you have religion? /宗教はありますか?

No/いいえ Yes/はい ()

転倒の危険度

Risk for falls/ 転倒の危険度

Have you ever fallen within 3 months? /3ヶ月以内に転んだことはありますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you have orthoses on your feet? /足に装具をつけていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you use a cane or walker? /杖や歩行器を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい(Cane杖・Walker歩行器)
Do you use a wheelchair? /車椅子を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you feel dizziness? /ふらつきはありますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today? /本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい

Risk of Falls
転倒の危険度