問診票

・どちらの膝を診察されますか？ □右膝　□左膝　□両膝 ・どのような症状がありますか？ □歩くときの痛み □曲げ伸ばし □腫れ □異和感 その他の症状は？ （　　） ・受傷・発症日 （　　年　　月　　日　） ・ 原因がわかればご記入下さい。 ・この病気で他の病院は受診されましたか？ 病院名（　　） ・今まで手術を受けたことはありますか？ □　はい　□いいえ 何の手術ですか？	・他の病気で治療されていますか？ □高血圧　□糖尿病　□肝臓病 □心臓病　□脳神経　□喘息 ・ その他に何か病気はありますか？ ・その病気で薬、注射の治療を受けられていますか？ □　はい　□いいえ ・お薬や注射で副作用がでたことはありますか？ □はい　□いいえ ・職業 （　　） ・ 女性の方へ 現在妊娠またはその可能性はありますか？ □はい　□いいえ