

ひざのセルフチェックシート

※受診先で、問診票の記入が必要な場合は、指示にしたがって新たに記入しましょう。

氏名： _____ 様 ふりがな： _____ 性別：○男性 ○女性

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 / 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. どのような症状ですか

- 両ひざが痛む 右ひざが痛む 左ひざが痛む
ひざが腫れる 関節がなる（音がする） ひざが動かない
その他

2. どのようなときに痛みますか。

- 動きはじめ 階段の上り 階段のくだり
正座・あぐら 椅子からの立ち上がり 長時間歩いたあと
長時間の立ち姿勢 その他

3. どのような痛みかたですか。

- ズキズキする痛み ヒリヒリする痛み チクチク刺すような痛み
突っ張るような痛み 重苦しい痛み 引っかかるような痛み
力が向けるような痛み しびれ感を伴う痛み 電気が走るような痛み
ズッキンズッキン脈打つような痛み その他

4. 症状は、いつごろからありますか。

- 1年以上前から 1か月ほど前から 半月ほど前から
1週間ほど前から 数日前から 具体的に _____ 月 _____ 日ごろ

上記の症状について、これまでに医療機関を受診した方にかがいます。

5. 医療機関での検査・治療内容をお答えください。

- 治療：投薬 注射 物理療法 その他
検査：レントゲン MRI その他

6. これまでに医療機関で診断された病名・症状名はありますか。

- 糖尿病 高血圧 高脂血症 肝機能障害 腎機能障害
変形性関節症 関節リウマチ 関節炎 神経痛 腰痛症
その他

7. あなた自身について、以下に当てはまる方は具体的にお答えください。

体重の変化 _____ 年前から _____ kgの増加・減少

膝の病気やけがの経験 _____ 頃、具体的に _____

立ち仕事の職歴 _____ 内容、期間 _____

スポーツ歴 _____ 内容、期間 _____

喫煙 _____ 1日 _____ 本

家族に膝の病気をした人（両親 兄弟 子ども）病名 _____