

柔整師用問診票について

庄内支部 庄内学術研究会

はじめに

庄内学術研究会では、日々の診療に従事している中で、傷病名を決定する際に必要なデータを得るために問診を行います。医科で使用している様な一目瞭然の問診票が無いことに気づき「柔整師専用の問診票を作って見よう!!」ということになり、試行錯誤した結果をここで発表します。

現状について

IT時代という昨今の情勢に鑑み、ホームページ検索サイトを介して「接骨院」「整骨院」「問診票」をキーワードに、まず柔整を対象に検索してみました。該当するものが無かったため、適応疾患が競合することから医科に目を転じて「外科」「整形外科」「問診票」をキーワードに検索してみましたところ、柔整界でも使えるようなものが3様式ありました。

様式 1

河合病院外来問診票 (ホームページ用) _____年 月 日 担当 _____

お名前 _____

1 氏名 _____ 男・女 照治・大正・昭和・平成 年 月 日生 才

〒 □□□-□□□□

住所 _____ 自宅電話 _____

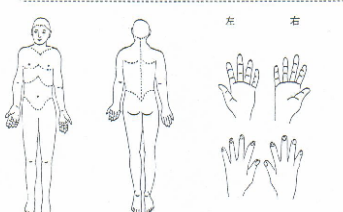
3 携帯番号 _____ 4 勤務先電話 _____

5 河合病院・・・はじめて/以前にかかったことがある/河合病院でレントゲン撮影をしたことがある
 となかの紹介・家医/友人/親戚/医師/その他 () /評判を聞いて ()
 広告で・・・ポスター/二か/インターネット/電話帳/看板/チラシ/新聞
 以前から知っていた/飛び込み/その他 ()

6 今日どこをどうされましたか? 下の図に印をつけてください。

()

左 右



7 薬を飲んだり、注射を受けて、かゆみなど体に異常が起きたことがありますか。(アレルギー)
 * いいえ * はい・・・何の薬で異常が出ましたか? ()

8 現在服用している薬や定期的に受けている注射がありますか?
 * いいえ * はい・・・どのお医者さんで、何のための薬ですか? ()

9 現在何か他の病気がかかっていますか?
 * いいえ * はい・・・ ()

10 女性の方にお母します。現在妊娠中、またはその可能性がありますか?
 * いいえ * はい ()

11 あなたは、決めている薬局がありますか?
 * いいえ * はい ()

12 他に先生に相談したいことがありますか?
 * いいえ * はい ()

様式 2

整形外科外来問診表

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。
 (左記欄が既に済んで受診の方は、押印を押して外来看護師に問診表をお渡し下さい。)
 (別)整形外科外来で受診の方は、まず1層受付にお声をかけて下さい。
 問診表は、2階「問診表入れ」にお入れ下さい。)

(受診日) 平成 年 月 日

氏名 _____ 殿 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生 才

職業 _____ 体重 kg _____ 身長 cm _____

↓ 真赤の悪い部位に○をつけて下さい。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。
 ・いつ頃からですか。(年 月 日から)
 ・症状 { }
 ・原因は何ですか。○をつけて下さい。
 1) 交通事故 4) その他 ()
 2) スポーツ外傷 5) 特に関係なし
 3) 仕事上の事故

2. この症状で、現在あるいは、過去に治療を受けていますか。(はい・いいえ)
 「はい」の方… 病名 ()
 病院・医師名 ()
 治療法 ()

また、その治療でどのような変化がありましたか。
 (よくなった・悪くなった・変わらない・その他 ())

3. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。また、それはいつ頃ですか。
 リウマチ () 肝臓病 ()
 痛風 () 心臓病 ()
 腎臓病 () 糖尿病 ()
 腎臓病 () 喘息 ()
 その他 ()

4. 現在、他の科にかかっていますか。(はい・いいえ)
 「はい」の方… 科 () 病名 ()
 他院で () 科 () 病名 ()

5. 現在、何か薬を飲んでいますか。(はい・いいえ)
 「はい」の方…薬の名前 ()

6. 今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)
 「はい」の方…わかれば薬・食べ物の名前 { }

7. 女性の方のみお答え下さい。
 妊娠中ですか (はい [] 月・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)
 ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら、お呼びいたしますので、もう少々お待ちください。

院 河合病院

様式 3

No. _____

問診票

お名前	(女・男)		
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (満 歳)
自宅住所	〒 _____		
自宅電話番号	()		
昼中連絡先(携帯など)	() 携帯・仕事場・その他		
FAX	()		
e-mail	当院のメールが送付可能(可否)		
ご職業			

今日どのような症状(相談)で来院されましたか?

今一番つらいこと(ひどい症状、治してほしい症状、もっと心配なこと)は何ですか?

現在、治療中の病気がありますか?
 いいえ/はい(病名:)

現在、内服している薬がありますか?
 いいえ/はい(薬品名:)

過去に入院するような病気にかかったことがありますか?
 いいえ/はい(病名: 年齢: 歳)

手術を受けたことがありますか?
 いいえ/はい(病名: 年齢: 歳)

アレルギー性の病気がありますか?
 いいえ/はい(アトピー皮膚炎・蕁麻疹・かぶれ・気管支炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物・その他())

家のアレルギーがありますか?
 いいえ/はい(薬品名:)

来院されたきっかけは何ですか?
 お知り合いからのご紹介 (様) ご家族からのご紹介 (様)
 ホームページ(インターネット) 電話帳(タウンページ)
 駅の看板(駅名) 当ビルの看板
 雑誌(雑誌名) パンフレット
 その他()

私のクリニック目白 Miss & Mrs.

3 様式の他に無いだろうか？との思いから、ネット検索以外の方法で追加検索しようとしていたところ、高野県保険部長より「うちに秋田県で使用してる書式があるよ」と言うことで資料提供がありましたので、様式 4 としました。

様式 4

問診表

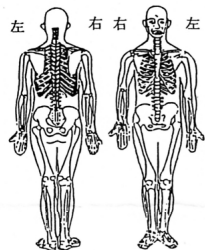
NO. _____ 平成 年 月 日
 氏名 _____ 性別 男・女 TEL _____
 住所 _____
 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ (才)

1. どこが痛いですか？

痛い箇所 (○で囲んでください)

- あたま 顔 ・ 額 ・ 首 ・ 肩 ・ 腕
 ひじ 肘 ・ 手 ・ 指 ・ 胸部 ・ 背中 ・ 腰
 また 股 ・ 臀部 ・ 太腿 (太腿) ・ 膝
 ふくらはぎ 脛脛 (下腿) ・ 足 ・ 足の趾
 その他 ()

受傷部位 (図解)



2. いつ、どの様にして痛くなりましたか？

日時 _____ 年 月 日 午前・午後 時 分 ごろ
 場所 _____ (例：自宅、道路、学校、体育館、その他)
 注意。会社でのケガは労災になります。通勤途中のケガは通勤労災になります。
 ・交通事故は自賠責保険が適応されます。第三者行為のケガは保険外になります。

負傷原因

◎原因が不明の場合は保険外になる場合がありますのでわかる範囲で記入してください。
 例：転んだ・捻った・ぶつけた・座って立ち上がる時・くり返し同じ運動や作業をして等
 3. 現在治療中の病気はありますか？ _____ ある ・ ない (○で囲んでください)
 診療科目 内科 ・ 整形外科 ・ 外科 ・ 神経内科 ・ 婦人科 ・ 眼科
 耳鼻科 ・ 小児科 ・ 歯科 ・ 泌尿器科 ・ 皮膚科
 その他 ()
 4. 現在妊娠していますか？ _____ している ・ していない (○で囲んでください)
 5. 心臓のペースメーカーを使用していますか？ _____ している ・ していない (○で囲んでください)
 ◎ わからないところは受付までどうぞ

項目の選定

以上 4 様式が出揃ったので、本題の様式について項目ごとに分けて、内容を比較検討したところ

戸籍データ

- 氏名
- 生年月日
- 住所
- 自宅 TEL
- 連絡先 TEL

傷病発生起序

- いつ
- どこで
- 何をして

どうなった
 痛い場所は

生活環境
 スポーツ
 趣味

既往歴

治療歴

基礎体質問題

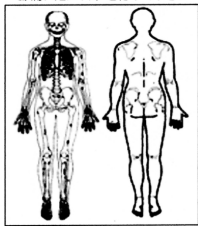
女性患者の妊娠の可能性

その他相談事

様式の決定

以上の項目に凡そ集約される傾向にありました。柔整師用の問診票も同様の項目で良からうと考え試行錯誤し様式化してみました。その結果このような決定様式を皆様に提示できることになりました。

問診票

氏名 _____ (男・女) 明大 昭平 年 月 日
 住所 _____
 自宅 TEL () - _____ 連絡先 TEL () - _____
 1 a. いつ頃ですか？ _____ 年 月 日 _____ 午前 午後 時 分 頃から
 b. どこで？ _____ 自宅 学校 労災 道路 _____ その他 ()
 c. 何をしていた？ どうなった？ _____
 d. 痛い処に X印 を付けて下さい

 注意 会社でのケガは 労災。通勤途中のケガは 通勤労災です。
 交通事故は 自賠責保険 が適応されます。
 第三者行為によるケガは 医療保険適応外 となります。
 2. いまやっている こと について 教えてください
 趣味 _____ ｽﾎｰｸﾞ _____
 3. 過去 又は 最近 病気 や 怪我 で通院しましたか？ (はい いいえ)
 4. 過去 又は 最近 手術を受けたことがありますか？ (はい いいえ)
 5. 3・4 で はい と 答えられた方は 続いて お答え下さい!!
 診療科目 外科 整形外科 (骨折 脱臼 打撲 捻挫 他 ()) 内科
 呼吸器科 脳神経科 神経内科 泌尿器科 皮膚科 耳鼻科 産婦人科 小児科)
 歯科 その他 (() 科)
 6. 現在 服用中の薬 や 定期的に受ける注射 がありますか (はい いいえ)
 7. その薬 や 注射で アレルギー症状 を起こしましたか？ (はい いいえ)
 8. 湿布 や テーピング で かぶられたことがありますか？ (はい いいえ)
 9. ペースメーカーを使用していますか？ (はい いいえ)
 10. 女性のみ質問です 妊娠中 又は その可能性 がありますか (はい いいえ)
 11. その他 相談したいことがあればお書き下さい!!

まとめ

今回の研究テーマに『問診票』を選んだのは、自分

の施術所での治療の際の傷病名決定の根拠となる、又治療中の患者を他の施術所や医療機関に紹介する際、情報提供書に傷病名決定の根拠として添付出来る様な一目瞭然の様式があれば良いのではないかと考えたからです。会員の先生方には一考の余地として参考にして頂ければ幸いです。

終りに

今回の発表に当たり、御助言・御協力を賜りました庄内学術研究会の先生方、資料提供下さりました高野県保険部長に感謝申し上げます。

参考資料

ホームページ検索サイト

Yahoo BB Japan

検索ホームページ

河合病院 問診票コーナー

河北総合病院 問診票コーナー

クリニック目白 問診票コーナー

資料提供

高野 県保険部長