

# 問診票

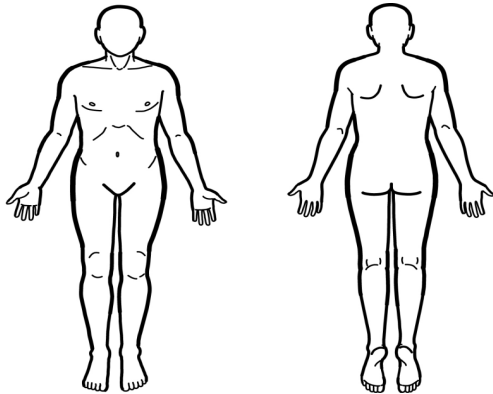
月 日

フリガナ				性別	男 女	職業		
氏名	様							
生年月日	明 大 昭 平 令	年	月	日	歳	身長/体重	cm	kg
住所	〒 -					第1電話番号	( )	
						第2電話番号	( )	

## 1. 本日はどうなさいましたか？

- 痛み    腫れ    しびれ    動かない    感覚が鈍い  
 こわばり    しこり    歩行困難    骨粗鬆症が気になる  
 その他( )  
 自費診療をご希望の方(プラセンタ注射)

## 2. 下の図の具合の悪いところに○をつけてください。



## その症状はいつからですか？

- 本日  
 昨日  
 月 日頃

## 3. 思い当たる原因はありますか？

- ない  
 ある

- その他(交通事故・労働災害)

交通事故の場合は、発生日時を教えてください

月 日 時頃

## 4. 現在治療中、または今までにかかったことのある病気はございますか？

- 特になし  
 糖尿病    脳梗塞    高血圧    喘息    胃潰瘍    アトピー性皮膚炎  
 緑内障    肝疾患    不整脈    痛風    腎疾患    前立腺肥大  
 アレルギー ( )

※その他に大きな病気・手術の経験はありますか？    ない    ある  
 病名・治療内容 ( )

## 5. 心臓ペースメーカーを使用していますか？

- いいえ    はい

## 6. いままで骨粗鬆症の検査を受けたことがありますか？

- ない    ある

「 ある」の方、それはいつ頃されましたか？ ( ) 頃

## 7. 現在服用されているお薬はありますか？

- ない    ある (薬の名前 )  
 ※お薬手帳お持ちの方は記入不要です。

## 8. 薬のアレルギーはありますか？

- ない    ある (薬の名前 )

## 9. 女性の方にお尋ねします。現在妊娠・授乳中ですか？

- 妊娠していない    妊娠している    授乳中

## 10. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。(複数回答可)

- 他の医療機関からの紹介    看板を見て    近所だから    電話帳をみて  
 家族・親戚に聞いて    友人・知人から聞いて(氏名: ) さん)  
 当院ホームページ    当院以外のインターネットサイト( )  
 その他( )

お薬手帳、他院からの診療情報提供書、画像データ、画像資料をお持ちの方は、この問診票とともに受付にご提出ください。ご協力よろしくお願いたします。