

問診票

受診日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
お名前			T. S. H. R 年 月 日 () 歳
住所	〒		
電話	- -	携帯	- -
職業		学生	大学生・専門・高・中・小 () 年生・園児
スポーツ	種目 (回/週)	身長 () cm	体重 () kg

●現在の症状について教えてください

・どのような症状にお悩みですか？

・この症状が始まったのはいつからですか？

(年 月 日 頃)

・きっかけ、原因は何ですか？

・この症状で現在あるいは過去に治療を

受けた (下記も記入してください) 受けていない

病名

●上記以外の症状についてお聞かせください

・今までにかかった病気、手術があれば教えてください。

リウマチ 喘息 糖尿病 高血圧

胃・十二指腸潰瘍 脳梗塞・脳出血

がん (部位:)

骨折 (部位:)

肝臓病 腎臓病 ペースメーカー (有・無)

その他 ()

・過去に手術を受けたことがありますか？

いいえ

はい (病名:)

●内服薬について教えてください

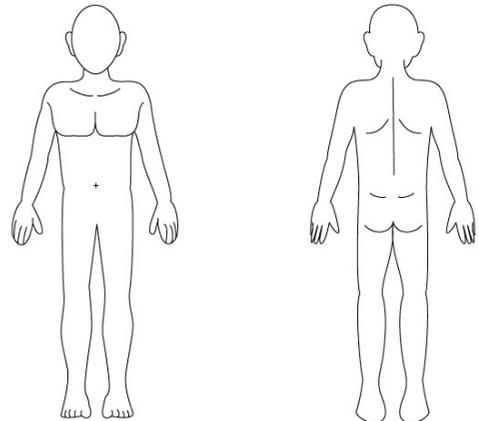
・現在何かお薬を飲んでいますか？

いいえ

はい ()

血液サラサラのお薬を飲んでいる

●具合の悪い部分に○をつけてください



●アレルギーについて教えてください

・薬のアレルギーはありますか？

ない

ある (薬の名前:)

●女性の方のみお答えください

・妊娠中ですか？ はい いいえ 不明

・授乳中ですか？ はい いいえ 不明

●来院のきっかけを教えてください

知人からの紹介 他院からの紹介

近所だから 看板 当院ホームページ

その他 ()

●特ににご要望があればご記入下さい (複数可)

原因が知りたい レントゲンを撮りたい

MRIを受けたい 骨粗鬆症が気になる

薬がほしい 注射希望 リハビリ希望

●本日「骨粗鬆症」の検査を希望されますか？

する

しない

ご希望の方はスタッフへお声掛けください。

ご協力ありがとうございました。

ご提供いただきました個人情報は、診療の目的のみに利用させていただきます。