

# 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

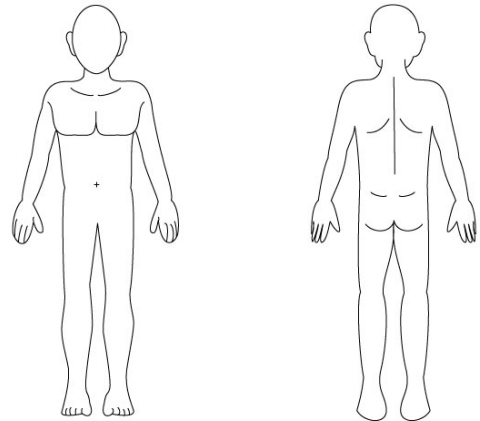
・現在何かお薬を飲んでいますか？

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。